Colecția
PSIHOTERAPIA

corpul isi aminteste
0 010002 460078
Libraria
'Mihai Eminescu'
PRET
LEI 32,00

„Babette Rothschild a îndrăznit să explice trauma psihică, folosind experiența sa cu persoanele traumatizate, să creioneze caracteristicile și desfășurarea procesului traumatic, să avanseze explicații pentru exprimarea durerii psihice... Avem în mână o carte scrisă simplu, clar, structurat despre experiențe umane complexe, confuze, pline de incertitudine și emoționalitate bulversantă."

Diana Lucia Vasile, Conf. Univ. Dr., psihoterapeut, președinte al Institutului pentru Studiul și Tratamentul Traumei

„În timp ce științele care abordează sănătatea mentală continuă să facă descoperiri importante în psihofiziologia traumei psihologice, există foarte puține lucrări care să discute despre implicațiile acestor descoperiri pentru tratamentul supraviețuitorilor traumei. În *Corpul își amintește*, Babette Rothschild reușește în mod minunat să creeze această punte."

Onno van der Hart, PH. D., profesor al Departamentului de Psihologie Clinică, Universitatea Utrecht, Olanda

*

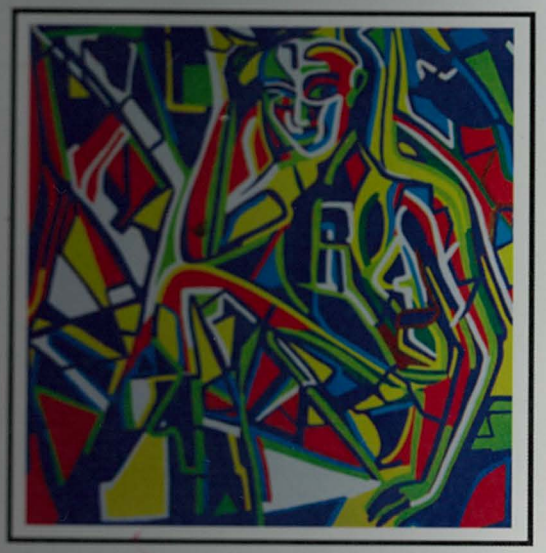
Babette Rothschild practică psihoterapia din 1976. Este membru al Societății Internaționale de Studiu al Stresului Traumatic, al Asociației Specialiștilor în Stres Traumatic și al Asociației Americane de Psihoterapie Somatică. Autoare a mai multor articole și cărți, oferă în continuare consultații private în cabinetul său din Los Angeles și organizează în lume ateliere de formare în psihoterapia traumei. Lucrări (selectiv): *Help for the Helper: The Psychophysiology of Compassion Fatigue and Vicarious Trauma* (Norton, 2006); *8 Keys to Safe Trauma Recovery: Take-Charge Strategies to Empower Your Healing* (Norton, 2010); *Trauma Essentials: The Go-To Guide* (Norton, 2011)

EDITURA
HERALD

ISBN 978-973-111-353-1
5 948417 220312

PSIHOTERAPIA - ÎNTRE TRADIȚIE ȘI INOVAȚIE

PSIHOTERAPIA - ÎNTRE TRADIȚIE ȘI INOVAȚIE



Babette Rothschild

CORPUL ÎȘI AMINTEȘTE

Psihofiziologia și tratamentul traumei

Editura Herald

Descrierea CIP a Bibliotecii Naţionale a României
ROTHSCHILD, BABETTE
Corpul îşi aminteşte : psihofiziologia şi tratamentul traumei /
Babette Rothschild ; trad.: Ramona Anghel ; pref.: Diana Lucia Vasile.
Bucureşti : Herald, 2013
Bibliogr.; Index
ISBN 978-973-111-396-8
I. Anghel, Ramona (trad.)
II. Vasile, Diana (pref.)
159.9
615.851

Babette Rothschild
THE BODY REMEMBERS
The Psychophysiology of Trauma and Trauma Treatment
Copyright © 2000 Babette Rothschild
W.W. Norton & Company
New York · London

BABETTE ROTHSCHILD

Corpul îşi aminteşte

Psihofiziologia şi terapia traumei

Traducere din limba engleză:
RAMONA ELENA ANGHEL

Prefaţă de:
DIANA LUCIA VASILE

EDITURA HERALD
Bucureşti

Redactor:
Gabriela Deniz

Viziune grafică:
Teodora Vlădescu

DTP:
Vadim Cazacu

Lector:
Alexandra Albert

Toate drepturile rezervate. Nici o parte a acestei cărţi nu poate fi reprodusă sau transmisă sub nici o formă şi prin nici un mijloc, electronic sau mecanic, inclusiv fotocopiere, înregistrare sau prin orice sistem de stocare a informaţiei, fără permisiunea editorului. Ediţie în limba română publicată de Editura Herald.
Copyright © 2013

Pentru Margie

PREFAŢĂ

A vorbi despre suferinţă este o îndrăzneală, nu doar pentru cel care vorbește, ci și pentru cel care se apropie să asculte. A scrie despre cauzele suferinţei, despre modalităţile variate de exprimare ale acesteia și despre posibilităţile ei de vindecare, dorindu-ţi ca cititorul să înţeleagă și să schimbe ceva în trăirile, în comportamentele, în viziunea sa despre oameni, reprezintă întotdeauna o provocare. Babette Rothschild a îndrăznit să explice trauma psihică, folosind experienţa sa cu persoanele traumatizate, să creioneze caracteristicile și desfășurarea procesului traumatic, să avanseze explicaţii pentru exprimarea durerii psihice. Rezultatul este foarte bun, util tuturor celor dornici să se împrietenească cu trăirile și senzaţiile corporale proprii, chiar și cu cele dificile.

Avem în mână o carte scrisă simplu, clar, structurat despre experienţe umane complexe, confuze, pline de incertitudine și emoţionalitate bulversantă. Din punctul meu de vedere, acesta este cel mai mare merit al autoarei. Poate că apreciez cu atât mai mult reușita autoarei cu cât știu din propria experienţă cât de dificil poate fi să te faci înţeles în domeniul psihotraumatologiei. Căci a înţelege trauma nu înseamnă achiziţie de informaţie la nivel intelectual, cât la nivel de trăire, ceea ce se va vedea doar în manifestările corporale, în schimbarea modului de viaţă, în modificări la nivelul relaţiilor cu celălalt și, deci, implicit, dacă este vorba despre psihoterapeuţi, într-un alt tip de relaţie psihoterapeutică, într-un nou stil de lucru. Atunci când realmente înţelegi trauma psihică, devine foarte dificil să promovezi o metodă anume de lucru terapeutic, astfel încât separarea orientărilor și școlilor devine nenecesară. În prim plan revine persoana, cu ritmul său specific, cu nuanţele sale și ale experienţelor trăite, cu resursele pe care le are.

Din experiența mea de ființă umană trăitoare, de client în psihoterapie de tip verbal, dar și somatic, de psihoterapeut de traumă și, nu în ultimul rând, de cadru didactic și trainer dedicat explicării fenomenelor traumatice și procesului de vindecare, am avut și continuu să am experiența transformării rănilor în experiențe de eliberare a vitalității, experiențe de reobișnuire cu resursele personale, de redefinire a corporalității și identității personale. Mi se pare aici demn de menționat un aspect pe care Babette Rothschild l-a punctat foarte eficient în cartea sa: când suferința este prezentă, putem face diferența dintre trecut și prezent, dintre ce este acum și ce a fost. De aceea, cei care suferă sunt deja pe drumul vindecării, în timp ce absența durerii reprezintă un semn de stagnare.

Apariția unei noi cărți din domeniul psihotraumatologiei va fi întotdeauna un prilej de bucurie pentru mine, căci acest domeniu este încă în dezvoltare. Este în aparență un paradox, căci despre răni sufletești se vorbește de mii de ani. Doar că negarea este un fenomen foarte puternic. El afectează încă și o bună parte a specialiștilor din psihologie, ca să nu mai vorbim de cei din alte arii. Dezvoltarea tehnică și tehnologică rapidă ne forțează să devenim mai buni, mai rapizi, mai grozavi, mai voioși, chiar mai fericiți. Iar în goana noastră după abundență, materială și experiențială, avem tendința să ignorăm punctele noastre sensibile, vulnerabile. Începem să credem că avem nevoie să fim capabili și plini de experiențe minunate, controlând astfel mediul în care ne manifestăm. Doar că, ajungem din nou să rănim sau să fim răniți. Iar corpul este primul care ne arată asta.

Babette Rothschild clarifică faptul că *trauma este o experiență trăită*. De aceea, corpul nostru este cel care poartă, care conține experiența. El ne păstrează și, în același timp, ne facilitează contactul cu informația despre ce ni s-a întâmplat. Emoționalitatea intensă a trăirii traumatice este transpusă în trup, iar autoarea surprinde printr-un bun simț analitic cum toate teoriile despre emoții implică o participare activă a somaticului, cu rol în supraviețuire și dezvoltare, indiferent de cât de activ sau de avansat este nivelul cognitiv al persoanei. De aceea, a înțelege manifestările corporale în tulburările asociate unor experiențe traumatice reprezintă un punct cheie atât în dignosticare, cât și în procesul terapeutic.

Întâlnim în această carte o analiză pertinentă a disocierii specifice trăirii traumatice și a flashback-urilor, ceea ce ajută cititorul să își formeze o imagine limpede asupra participării depline a corpului în tulburarea de stres posttraumatic. Informația reținută de corp din situația traumatică trecută este reactivată imediat cum contextul oferă din nou aceiași stimuli sau unii similari, astfel încât *confuzia este singurul rezultat posibil* în noua situație. Nivelul cognitiv prelucrează informația, dar oare de unde provine ea? Și mai ales, pentru ce aspecte o prelucrează: pentru situația și nevoile prezente sau pentru cele trecute? Clinicienii și terapeuții experimentați sunt familiarizați cu astfel de fenomene, însă meritul autoarei este acela de a oferi o bază teoretică consistentă, dar și exemplificări practice utile pentru cei interesați de procesul terapeutic adecvat celor traumatizați.

Rolul de psihoterapeut al Babettei Rothschild devine foarte evident atunci când întâlnim în carte aspectele procesului terapeutic cu persoanele traumatizate: ritmul procesului și mai ales al provocărilor, semnificația relației terapeutice, rolul atingerii clientului în cadrul psihoterapiei, folosirea memoriei somatice ca resursă în terapie, modalitățile de încheiere a ședințelor terapeutice și a terapiei. Apreciez foarte mult stilul delicat și protector al Babettei Rothschild care indică o lungă experiență terapeutică și o profundă înțelegere a dinamicii traumatice și a procesului de vindecare. Ca multi alți terapeuți cu experiență în zona traumelor psihice, Babette Rothschild accentuează importanța sentimentului de siguranță și a respectării ritmului clientului, ceea ce uneori presupune un timp lung al procesului terapeutic. Aici, ea accentuează inclusiv sentimentul de siguranță în propriul corp, ceea ce în multe dintre variantele verbale de psihoterapie este mai puțin luat în calcul.

Un alt aspect pe care îl apreciez mult la Babette Rothschild, ca la orice terapeut sau autor de carte din domeniul psihoterapiei sau al psihotraumatologiei, este efortul depus pentru susținerea unicității persoanei și a suferinței acesteia. Este fundamental ca diagnosticarea consecințelor traumei, a tipului de traumă produsă, stabilirea și ghidarea procesului terapeutic să fie realizate pe baza acestei unicități. Uneori, diferența între un succes și un eșec terapeutic stă în analiza detaliată a nuanțelor contextului traumatic și a particularităților

persoanei aflată în suferinţă. De aceea, mă alătur specialiștilor care promovează o pregătire atentă, amănunţită, chiar migăloasă, în aria psihotraumatologiei. Din acest punct de vedere, cartea de faţă se constituie într-un suport consistent pentru cei porniţi pe drumul dezvoltării abilităţilor de înţelegere și lucru terapeutic cu traumele psihice.

Dorinţa mea este ca numărul celor care înţeleg rănile psihice mai bine decât înţeleg patologia psihică să fie din ce în ce mai mare. Doar în felul acesta avem șansa de a ne elibera resurse blocate în experienţele traumatice pentru a ne bucura de o calitate mai bună a vieţii noastre. Iar dacă suntem mai mulţi, împreună vom putea să limităm efectele patologizante ale rănilor psihice și să permitem ameliorarea suferinţei umane la momentul oportun. De asemenea, prevenţia nu va fi doar un deziderat, ci și un rezultat. Inițiativele specialiștilor din cadrul Institutului pentru Studiul și Tratamentul Traumei sunt meritorii, cărţile promovate de Editura Herald și de alte edituri pe teme de psihotraumatologie sunt foarte binevenite, noile cursuri și programe de studiu dedicate traumelor psihice încep să își facă simţită prezenţa. Există, deci, multe motive să fiu încrezătoare în posibilităţile de evoluţie a psihotraumatologiei și psihologiei, ca și în posibilităţile de stimulare a vindecării umane.

Dr. Diana Lucia Vasile

MULŢUMIRI

Nu este posibil să abordez dificilul proiect de a scrie o carte profesională fără să fi fost învăţată, ajutată, influenţată, inspirată și sfătuită de alţii. Cei cu care am interacţionat în cei 28 de ani de când am intrat în domeniul psihoterapiei sunt prea numeroși pentru a-i menţiona individual, cu toate că au contribuit cu toţii într-un anumit mod. În mod colectiv, aș vrea să mulţumesc fiecărui profesor, psihoterapeut, supervizor și cercetător care m-a ajutat să îmi conturez opiniile într-o procedură funcţională. Celor care mi-au influenţat cel mai mult modul de gândire în ceea ce privește teoria și tratamentul traumei le mulţumesc prin intermediul trimiterilor bibliografice regăsite în paginile acestui text. Cu toate acestea, aș vrea să menţionez în mod special pe Lisbeth Marcher de la Institutul Bodynamic din Danemarca și colegii ei Peter Levine și Bessel van der Kolk. Ei au avut o influenţă profundă asupra evoluţiei ideilor exprimate în aceste pagini. De asemenea, aș vrea să îmi exprim mulţumirile pline de recunoștinţă pentru mulţii participanţi la traininguri și supervizări, pentru studenţii și clienţii care, într-o măsură mai mare sau mai mică, au contribuit cu toţii la conţinutul acestei cărţi. Asemenea multor altora, am învăţat cel mai mult – și continuu să învăţ – de la cei pe care am avut privilegiul să îi învăţ și să îi tratez.

Aș vrea să îmi exprim în mod special recunoștinţa faţă de Karen Berman, Danny Brom, Alison Freeman, Michael Gavin, David Grill, John May, Yvonne Parkins, Gina Ross și Sima Juliar Stanley, pentru comentariile lor brutal de critice în legătură cu manuscrisul. În plus, vreau să-i mulţumesc scriitoarei specializate în ştiinţele vieţii, Karin Rhines, pentru faptul că a fost un „antrenor" minunat pe parcursul acestui proiect. Cunoștinţele ei în arta scrierii, precum

și abilitatea ei extraordinară de a ști exact când să încurajeze și când să dojenească, au fost inestimabile.

Mă consider o autoare foarte norocoasă pentru că am colaborat cu editura Norton Professional Books. Citind anterior multe mulțumiri adresate editorului meu, Susan Munro, știu la ce se refereau ceilalți autori. Pe lângă faptul că este un editor competent, răbdător și simpatic, cunoștințele ei în domeniul meu de specialitate precum și cunoașterea literaturii profesionale au constituit un bonus neprețuit. De fapt, am fost încurajată de întrevederile mele cu toți angajații întâlniți de la W.W. Norton – pe ambele părți ale Atlanticului. Ei au contribuit cu toții la transformarea într-o plăcere a procesului de scriere a acestei cărți.

INTRODUCERE

Această carte se dorește a fi o completare atât pentru cărțile existente despre teoria și tratamentul traumelor și tulburarea de stres posttraumatic, cât și pentru metodele existente de terapie a traumei. Sper că va adăuga dimensiunea înțelegerii și tratării *corpului* traumatizat la cunoașterea și intervențiile recunoscute pentru vindecarea *minții* traumatizate. Există o mare probabilitate ca psihoterapeuții care lucrează cu clienți traumatizați să considere teoria, principiile și tehnicile prezentate în aceste pagini ca fiind compatibile și aplicabile modelului sau modelelor terapeutice în care sunt deja formați. În plus, ei vor descoperi probabil că informațiile prezentate aici pot fi utilizate și adaptate fără a intra în conflict sau a abandona principiile sau tehnicile lor preferate.

DESPRE CONSTRUIREA DE PUNȚI

Corpul își amintește este o carte menită să construiască punți. Speranța mea este să unească cel puțin două dintre cele mai adânci rupturi din domeniul traumatologiei. Prima punte acoperă distanța dintre teoria dezvoltată de oamenii de știință, în special în domeniul neurobiologiei, și practica clinică a psihoterapeuților care lucrează direct cu indivizi și grupuri de persoane traumatizate. Cea de-a doua punte intenționează să conecteze modelele psihoterapeutice tradiționale, verbale, cu cele centrate pe corp (somatoterapia).

Întotdeauna am fost preocupată de distincțiile existente între minte și corp, între psihoterapia tradițională și somatoterapie și între teorie și practică. Am descoperit din ce în ce mai mult că tulburarea de stres posttraumatic (TSPT) construiește o punte de legătură între acestea. Chiar și cei mai conservatori psihoterapeuți și cercetători

admit faptul că TSPT nu este doar o condiţie psihologică, ci de asemenea o tulburare cu importante elemente somatice. Mai mult, toţi specialiștii care au de-a face cu TSPT admit că trebuie să-și extindă teoriile și practica. Atât psihoterapeuţii, cât și somatoterapeuţii sunt obligaţi să acorde o mai mare atenţie teoriei neurobiologice și, pentru a explica și trata simptomele somatice, somatoterapeuţii trebuie de asemenea să găsească modalităţi de a lucra fără să atingă și să crească integrarea verbală. De asemenea, cercetătorul este provocat să identifice legături mai pertinente între teorie și practică. Speranţa mea este că această carte, *Corpul își amintește,* va facilita realizarea unor conexiuni semnificative care să unifice aceste discrepanţe.

ȘTIINŢĂ VERSUS PRACTICĂ

Titlul secţiunii „Sănătatea femeilor" din New York Times din data de 21 iunie 1998 era „O prăpastie mare desparte laboratorul de cabinetul de psihoterapie" (Tavris, 1998). Mulţi psihoterapeuţi cunoșteau acest fapt, însă o mare parte dintre colegii mei au fost surprinși să vadă o asemenea critică în formă scrisă. Nu puţini au fost ofensaţi. Autoarea acelui articol, Carol Tavris, susţinea că „știinţa psihologică" este un oximoron. Ea a criticat practicienii pentru că acordau o atenţie mult prea redusă științei, ei fiind adesea mai focalizaţi asupra tehnicii decât asupra teoriei. Majoritatea specialiștilor cu care am vorbit sunt de acord cu Carol Tavris asupra faptului că teoria științifică și practica sunt de obicei prea divergente pentru ca prima să fie relevantă în lucrul cu clientul. Cu toate acestea, eu consider că această discrepanţă între omul de știință și practician este mai degrabă una care ţine mai mult de semantică decât de principiu. Limbajul literaturii științifice este adesea dificil de citit și de înţeles, deși multe dintre informaţiile care sunt oferite sunt extrem de relevante, cu toate că dificil de tradus în limbajul practicii.

În *Corpul își amintește* am încercat să prezint teoria într-o formă ușor accesibilă, care este relevantă pentru practica directă. Acţionând în acest mod, sper să reduc prăpastia dintre cercetătorul neuroștiinţific și comportamentalist care studiază fenomenul traumei și psihoterapeutul care lucrează direct cu clientul traumatizat.

Teoria reprezintă instrumentul cel mai valoros pentru psihoterapeutul specializat în terapia traumei, deoarece înţelegerea mecanismelor traumei așa cum sunt concepute de teoriile psihologice, neurobiologice și psihobiologice ajută tratamentul într-o foarte mare măsură. Cu cât baza teoretică a terapeutului este mai mare, cu atât dependenţa sa de tehnicile învăţate pe de rost va fi mai mică. Înţelegerea aprofundată a fundamentelor neurologice și fiziologice ale reacţiei traumatice și ale dezvoltării TSPT va permite crearea și/sau adaptarea pe loc a unor intervenţii adecvate și utile unui client specific, pentru trauma sa* particulară. De asemenea, o bază teoretică ajută psihoterapeuţii să aplice tehnicile învăţate din discipline variate, alegându-le și îmbogăţindu-le pe acelea care au cea mai bună șansă de succes în fiecare situaţie unică. Psihoterapeutul cu o bună cunoaștere a teoriei este capabil să adapteze terapia în funcţie de client, mai degrabă decât să presupună că acesta se va potrivi psihoterapiei.

PSIHOTERAPIE VERSUS SOMATO-PSIHOTERAPIE

Sper deopotrivă că această carte va construi o legătură între practicienii psihoterapiilor tradiţionale, verbale, și practicienii psihoterapiilor centrate pe corp. Consider că aceste două grupuri profesionale au multe să își ofere unul altuia în ceea ce privește tratamentul traumei și al TSPT.

Prima încurajare pe care am primit-o pentru traversarea acestei prăpăstii a fost articolul inovator al lui Bessel van der Kolk, „The Body Keeps the Score" (Corpul ţine scorul), din *Harvard Review of Psychiatry* (van der Kolk, 1994). În acest articol am întâlnit conexiunea corp-minte recunoscută pentru prima dată în psihiatria convenţională. Pe lângă acesta, o mare inspiraţie a reprezentat-o *Descartes' Error* (*Eroarea lui Descartes)* (1994) a lui Antonio Dammasio. Această carte inovatoare prezintă o bază teoretică neurologică pentru conexiunea minte-corp. Aceste două lucrări au pus bazele înţelegerii mele a relaţiei psihofizice și neurobiologice dintre minte și corp. Mai mult, lucrările recente ale lui Perry, Pollard, Blakley, Baker și Vigilante (1995), Schore (1994, 1996), Siegel (1996, 1999), van der Kolk (1998) și alţii, asupra atașamentului infantil, dezvoltării creierului și

* Am încercat să alternez utilizarea pronumelor el și ea pe parcursul textului. Sper că este o utilizare echitabilă.

sistemelor mnezice au o semnificație extraordinară pentru înțelegerea modului în care trauma poate să perturbe sistemul nervos într-un mod atât de negativ, încât o persoană să dezvolte TSPT.

Construirea unei legături între psihoterapiile verbale și somato-psihoterapie presupune adoptarea celor mai bune resurse de la ambele, spre deosebire de selectarea uneia în detrimentul celeilalte. Psihoterapia integrată a traumei trebuie să ia în considerare, să conțină și să utilizeze instrumente pentru identificarea, înțelegerea și tratamentul efectelor traumei atât asupra minții, cât și asupra corpului. Limbajul este necesar pentru ambele. El este necesar în tulburările somatice asociate traumei pentru a le putea acorda un sens, pentru a le înțelege semnificația, pentru a le extrage mesajul și a le înlătura efectele. În tratamentul traumei este esențial să se acorde atenție atât minții, cât și corpului; una nu poate exista fără cealaltă.

LUCRUL CU CORPUL NU NECESITĂ ATINGERE

A atinge și a lucra cu corpul nu sunt și nu trebuie să fie sinonime când vine vorba de psihoterapie sau, de fapt, de somato-psihoterapie. Există multiple modalități de a lucra cu corpul, integrând aspecte importante de stimulare musculară, comportamentală și senzorială, fără a afecta integritatea fizică.

Există multe motive pentru a nu utiliza atingerea ca parte integrantă a tratamentului psihoterapeutic sau somato-psihoterapeutic. Pe lângă preocupările evidente legate de posibilele efecte asupra transferului, mai este și aspectul respectului pentru granițele clientului, în special în cazul clienților care au fost abuzați fizic sau sexual. Preferința personală a clientului și a terapeutului de asemenea contează. În plus, multe polițe de asigurare de malpraxis nu vor acoperi metodele terapeutice care utilizează atingerea, acestea fiind interzise de instanțele de acreditare din majoritatea statelor din Statele Unite. Nu mă înțelegeți greșit, nu sunt o extremistă. Consider că în anumite cazuri atingerea prudentă poate fi utilă când clientul și terapeutul sunt de acord, dar în cadrul acestei cărți îmi concentrez atenția asupra tehnicilor corporale care nu implică atingerea, din moment ce acestea sunt, după părerea mea, cele mai potrivite pentru a fi utilizate în cazul clienților traumatizați.

CONTROVERSA AMINTIRILOR FALSE

Aceasta *nu* este o carte despre amintirile false, nu fac afirmații despre această controversă actuală și nici nu am vreo ambiție de a o rezolva. Cu toate acestea, din moment ce cartea abordează subiectele memoriei și traumei, nu pot evita să-mi exprim opinia despre această problemă explozivă și dificilă.

Părerea mea este cuprinzătoare: consider că amintirile timpurii ale unei traume pot fi uneori recuperate cu o relativă acuratețe și, de asemenea, sunt convinsă că uneori amintiri false pot fi create sau încurajate în mod necugetat – atât de către terapeut, cât și de către client. Am asistat la exemplificări ale ambelor situații, în cazul unor clienți și cursanți, prieteni și familie, și chiar în cazul meu.

Memoria somatică, o preocupare fundamentală a acestei cărți, este, în opinia mea, nici mai mult nici mai puțin fidelă decât orice altă formă de memorie – după cum va fi discutat mai târziu în aceste pagini. Memoria somatică poate fi continuă și poate fi și „uitată", la fel ca memoria cognitivă. De asemenea, ea poate fi distorsionată, deoarece mintea este cea care interpretează corect sau greșit mesajul corpului. Mintea, bineînțeles, este subiectul unei multitudini de influențe care pot altera fidelitatea memoriei de-a lungul timpului.

Deși nu ofer soluții pentru controversă, sper că *Corpul își amintește* va furniza asistență în două domenii: în sprijinirea psihoterapeutului pentru a fi mai atent și mai precaut față de riscurile falselor amintiri și în oferirea de instrumente pentru identificarea, înțelegerea și integrarea a ceea ce corpul își amintește de fapt.

Societatea Internațională pentru Studiul Stresului Posttraumatic s-a confruntat cu această controversă timp de mai mulți ani. În 1998, aceasta a publicat o monografie pe această temă, *Childhood Trauma Remembered* (*Trauma din copilărie reamintită)* (ISTSS, 1998). Acea publicație concisă oferă o perspectivă echilibrată asupra acestei controverse și o recomand cu tărie.

ORGANIZAREA ACESTEI CĂRȚI

Această carte este organizată în două secțiuni principale. Partea I, *Teorie*, prezintă și discută o teorie pentru înțelegerea modului în

care mintea și corpul uman funcţionează, înregistrează și își amintesc evenimentele traumatice și ceea ce poate împiedica sau facilita aceste capacităţi. Sunt incluse cele mai convingătoare dovezi actuale din neuroștiinţe și psihobiologie, precum și teoriile care au trecut testul timpului. În Partea a II-a, *Practică*, sunt prezentate strategii pentru ajutarea corpului și minţii traumatizate. Sunt oferite instrumente, care nu implică atingerea, pentru ajutarea supravieţuitorilor traumelor să găsească un sens pentru simptomele somatice și, în același timp, să le diminueze. Instrumentele oferite sunt consistente cu și aplicabile oricărui model terapeutic adaptat lucrului cu persoane traumatizate.

O PRECIZARE

Studiul ştiinţific al mecanismelor traumei, al TSPT și memoriei avansează într-un ritm atât de rapid, încât este imposibil să ţii pasul. Uneori există dezacorduri puternice între grupurile ştiinţifice. Cauzele TSPT, cum se vindecă TSPT și cum funcţionează sistemele mnezice constituie subiectul unor dezbateri ample. Teoriile bazate pe cercetări prezentate de un grup sunt contestate de altul și viceversa. Că e bine, că e rău, cel puţin în legătură cu subiectele traumei și memoriei, ştiinţa pare a fi o chestiune de opinie.

Prin urmare, aici sunt prezentate opiniile mele atent gândite, bazate pe teorii uneori divergente. Printre aceste pagini nu vor fi găsite adevăruri clare, deoarece ele nu există încă. Cu toate acestea, sper că vor fi multe lucruri stimulatoare și folositoare. Am încredere că fiecare cititor își va formula propriile opinii chibzuite.

În mod elocvent, neurologul Antonio Damasio evocă sentimente similare în introducerea sa la *Descartes' Error*. Consider că vorbele sale merită repetate: „Sunt sceptic în ceea ce privește prezumţia de obiectivitate și certitudine a ştiinţei. Am dificultăţi în a vedea rezultatele ştiinţifice, în special în neurobiologie, drept altceva decât aproximări temporare, care sunt apreciate pentru o vreme și îndepărtate imediat ce devin disponibile rezultate mai bune" (1994, p. xviii).

Aceasta este o carte minimalistă – concisă – deoarece doresc ca oricine este interesat să aibă timpul să o abordeze. Printre aceste

pagini veţi găsi teorii comprehensibile și tehnici aplicabile care vor fi utile pentru mulţi, deși nu pentru toţi clienţii voștri – una peste alta, ceea ce eu consider că este cel mai bun din aproximările actuale (după cum ar spune Damasio).

PARTEA I

TEORIE

CAPITOLUL I

PREZENTARE GENERALĂ A TULBURĂRII DE STRES POSTTRAUMATIC (TSPT)

Impactul traumei asupra corpului şi minţii

Dacă este adevărat că la baza dezorganizării pacienţilor noştri traumatizaţi şi neglijaţi se află problema că ei nu pot analiza ceea ce se întâmplă când reexperimentează senzaţiile fizice ale traumei din trecut, dar că aceste senzaţii doar produc emoţii intense fără a le putea modula, atunci psihoterapia noastră trebuie să consiste din ajutorul oferit oamenilor pentru a rămâne în contact cu corpul lor şi să înţeleagă aceste senzaţii corporale. Şi cu siguranţă acesta este un lucru în privinţa căruia niciuna dintre psihoterapiile tradiţionale, pe care le-am învăţat cu toţii, nu ajută foarte bine oamenii.

Bessel van der Kolk (1998)

Următorul caz „Charlie şi câinele"* ilustrează în mod corespunzător modul în care corpul îşi aminteşte experienţele traumatice. Acest caz este prezentat în mai multe părţi, începând cu această primă parte, care prezintă evenimentul traumatic al lui Charlie şi simptomele somatice şi psihologice ce au rezultat. În capitolele următoare vor fi detaliate intervenţiile

* Pentru a proteja intimitatea şi confidenţialitatea, toate informaţiile de identificare au fost modificate în fiecare exemplu de caz şi în fiecare descriere de şedinţă de pe parcursul acestei cărţi. Din acelaşi motiv, multe dintre cazurile prezentate sunt de fapt compuse din mai multe cazuri. În fiecare situaţie au fost menţinute principiile de bază şi efectul psihoterapiei.

care l-au ajutat pe Charlie să rezolve impactul incidentului traumatic. În plus, informații ilustrative despre Charlie vor fi întreţesute pe parcursul textului, oferind un fir comun care conectează elementele de teorie și practică din această carte.

CHARLIE ȘI CÂINELE. PARTEA I

Acum câțiva ani, ieșind într-o duminică după masă la o plimbare agale cu bicicleta pe un drum de țară, reveria în ritm de pedalare a lui Charlie a fost întreruptă brusc când un câine mare a început să îl urmărească, lătrând furios. Ritmul cardiac al lui Charlie a crescut, gura i s-a uscat, iar picioarele lui au avut brusc mai multă putere și forță decât crezuse el vreodată. A pedalat din ce în ce mai repede, însă câinele i-a egalat ritmul și apoi l-a depășit. Până la urmă câinele l-a ajuns din urmă și l-a mușcat pe Charlie de coapsa dreaptă. Când Charlie a căzut cu bicicleta, câinele și-a continuat atacul lătrând. Charlie și-a pierdut cunoștința. Din fericire, el a căzut într-o zonă publică unde mai mulți oameni s-au grăbit să îl ajute, alungând câinele și chemând o ambulanță. Piciorul lui Charlie s-a vindecat repede, însă nu același lucru s-a întâmplat cu mintea și sistemul său nervos. El a continuat să fie agitat de fiecare dată la vederea unui câine. Doar vederea unuia, chiar și când era încuiat într-o casă, în spatele unei uși, a unei ferestre sau a unui gard, îl făcea pe Charlie să aibă transpirații reci, să i se usuce gura și să aibă o stare de leșin. De la acel incident el a păstrat distanța față de toți câinii, chiar și câinii de companie ai prietenilor, evitând contactul ori de câte ori era posibil. Obișnuia să traverseze strada pentru a evita un câine de pe partea lui de stradă, fie că acesta era pe trotuar sau în spatele unui gard. Nu încuraja niciodată un câine să intre în contact cu el, nu vorbea niciodată unuia și nici nu mângâia vreunul. Pe măsură ce timpul a trecut, viața lui Charlie a devenit din ce în ce mai restricționată deoarece el încerca să evite orice contact cu câinii.

Apoi, la un moment dat, în timpul unei ședințe de training la un centru de meditație, Charlie a fost confruntat în mod neașteptat cu cea mai mare frică a sa. El stătea confortabil pe o saltea, ascultând o prelegere, fiind concentrat asupra lectorului (care stătea la stânga sa) și nu asupra mediului înconjurător. Fără știrea lui Charlie, mascota canină a centrului, Ruff, se alăturase grupului. Fără să fie invitat, Ruff s-a apropiat în liniște prin partea dreaptă a lui Charlie (în afara câmpului său vizual), s-a așezat și și-a pus ușor capul pe piciorul drept al lui Charlie, sperând să fie mângâiat. Charlie, simțind greutatea pe piciorul său drept, s-a uitat și l-a zărit pe Ruff cu colțul privirii. Apoi, imediat și fără exagerare, el a încremenit de panică. Gura lui Charlie s-a uscat, ritmul său cardiac a crescut și membrele i-au înțepenit, astfel încât nu mai putea să se miște deloc. Abia putea să vorbească.

Reacţia lui Charlie la Ruff nu a fost doar în mintea sa. În mod raţional, Charlie și-a amintit atacul câinelui și a știut că se temea de câini. El știa de asemenea că Ruff nu îl ataca. Dar toate gândurile sale raţionale păreau a nu avea nici un efect asupra sistemului său nervos. Corpul lui Charlie a reacţionat ca și cum era atacat sau urma să fie atacat din nou. A devenit paralizat. Ce s-a întâmplat în creierul și în corpul lui Charlie de a cauzat o reacţie atât de extremă în absența unei ameninţări efective? De ce nu a putut Charlie să se miște sau să împingă câinele deoparte? De ce a continuat să i se usuce gura și să aibă transpiraţii reci doar la vederea unui câine, chiar aflat la o distanţă sigură? Ce putea fi făcut pentru a-l ajuta pe Charlie să nu mai aibă aceste reacţii extreme în prezența câinilor? Răspunsul la aceste întrebări asigură baza cărţii *Corpul își amintește.*

O PREMISĂ FUNDAMENTALĂ

Trauma reprezintă o experienţă psihofizică chiar dacă evenimentul traumatic nu cauzează nici o vătămare corporală

directă. Faptul că evenimentele traumatice produc consecinţe negative atât asupra corpului, cât și asupra minţii constituie o concluzie bine documentată și acceptată în comunitatea psihiatrică, după cum este atestat în *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition* (*Manualul de diagnostic și statistică a tulburărilor mentale, ediția a IV-a)*, al Asociației Americane de Psihiatrie (DSM-IV). O categorie importantă în lista simptomelor tulburării de stres posttraumatic (TSPT) este „simptome persistente de excitare crescută" a sistemului nervos autonom (SNA) (APA, 1994). Totuși, în ciuda unei mulţimi de studii și lucrări pe tema neorobiologiei și psihobiologiei stresului, traumei și TSPT, psihoterapeutul a avut până acum puţine instrumente pentru vindecarea atât a corpului, cât și a minţii traumatizate. Atenţia acordată corpului a avut tendinţa să se concentreze asupra simptomelor TSPT, asupra problemelor de adaptare rezultate și asupra posibilei intervenţii farmacologice. Utilizarea corpului însuși drept o posibilă resursă în tratamentul traumei a fost rareori explorată. Memoria somatică a fost menţionată ca și fenomen (van der Kolk, 1994), însă au apărut puţine teorii și strategii care să fie fondate ştiinţific, pentru identificarea, conţinerea și utilizarea ei în procesul psihoterapeutic.

Înţelegerea modului în care creierul și corpul prelucrează, memorează și perpetuează evenimentele traumatice oferă multe soluţii pentru tratamentul corpului și minţii traumatizate. În unele cazuri, intervenţii somatice directe, când acestea sunt utilizate drept adjuvanţi în terapii existente ale traumei, pot avea un efect puternic în combaterea efectelor traumei. Mai mult, tehnici somatice variate pot fi utilizate pentru a face orice proces psihoterapeutic mai ușor de măsurat și mai puţin volatil. Atenţia acordată părţii somatice a traumei nu trebuie să necesite din partea practicianului o schimbare de direcţie sau de concentrare. Instrumentele oferite aici pot fi utilizate

sau adaptate în cadrul modelelor existente de psihoterapie a traumei, extinzând și augmentând ceea ce se face deja.

SIMPTOMATOLOGIA TSPT

TSPT perturbă funcţionarea celor afectaţi, influenţându-le abilităţile de a-și răspunde nevoilor zilnice și de a realiza cele mai bazale sarcini. În TSPT un eveniment traumatic nu este amintit și clasat în trecutul personal în același mod cu alte evenimente din viaţă. Trauma continuă să deranjeze realitatea vizuală, auditivă și/sau orice altă realitate somatică a vieţii victimelor sale. Ele retrăiesc iar și iar experienţele suferite care le-au ameninţat viaţa, reacţionând în mintea și corpul lor ca și cum asemenea evenimente încă au loc. TSPT reprezintă o stare psihobiologică complexă. Aceasta poate apărea ca rezultat al experienţelor care periclitează viaţa, când reacţiile de stres psihologic și somatic persistă mult timp după ce evenimentul traumatic s-a terminat.

Există o presupunere greșită că oricine experimentează un eveniment traumatic va dezvolta TSPT. Acest lucru este departe de a fi adevărat. Rezultatele studiilor variază, însă în general confirmă faptul că doar o parte dintre cei care se confruntă cu asemenea incidente – aproximativ 20% – vor dezvolta TSPT (Breslau, Davis, Andreski & Peterson, 1991; Elliot, 1997; Kulka et al., 1990). Ceea ce îi diferenţiază pe cei care nu dezvoltă această tulburare reprezintă încă un subiect controversat, însă există multe indicii. Factorii nonclinici care mediază stresul traumatic par să includă: pregătirea pentru stresul așteptat (când este posibil), reacţii reușite de luptă sau fugă, istoria dezvoltării, sistemul de credinţe, experienţa anterioară, resursele interne și sprijinul (din partea familiei, comunităţii și reţelelor sociale).

În istoria psihologiei, TSPT este o categorie diagnostică relativ nouă. Aceasta a apărut pentru prima dată în 1980 în *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,* ediția a III-a (DSM-III; APA, 1980), autoritatea în psihologie și psihodiagnostic acceptată la nivel internațional. Definirea din DSM-III a ceea ce putea cauza TSPT era limitată. Aceasta era văzută ca dezvoltându-se dintr-o experiență pe care oricine ar găsi-o traumatică. Au existat cel puțin două probleme cu această definire: nu a lăsat loc pentru percepția sau experiența individuală a unui eveniment și a presupus în mod greșit că toată lumea ar dezvolta TSPT dintr-un asemenea eveniment. Definiția actualmente acceptată, așa cum a fost revizuită în DSM-IV (APA, 1994), este mult mai largă. Această definiție ia în considerare faptul că TSPT se poate dezvolta la un individ ca o reacție la trei tipuri de evenimente: (1) incidente care sunt sau care sunt percepute a fi amenințătoare pentru viața sau integritatea corporală proprie; (2) faptul de a fi martor la acte de violență față de alții sau (3) aflarea despre violența față de persoane apropiate sau despre moartea inopinată sau violentă a acestora. Evenimente care ar putea fi calificate drept traumatice atât pentru adulți, cât și pentru copii, potrivit DSM-IV, includ lupta armată, atacul sexual și fizic, faptul de a fi luat ostatic sau încarcerarea, terorismul, tortura, dezastrele naturale sau provocate de om, accidentele și faptul de a fi diagnosticat cu o maladie care amenință viața. În plus, DSM-IV specifică faptul că TSPT se poate dezvolta la copiii care au experimentat molestare sexuală, chiar dacă aceasta nu le-a pus viața în pericol. Acesta adaugă „Tulburarea poate fi extrem de severă sau de lungă durată când stresorul este de premeditare umană (de ex., tortura, violul)" (APA, 1994, p. 424).

Simptomele asociate cu TSPT includ (1) retrăirea evenimentului în diverse forme senzoriale (flashback-uri), (2) evitarea stimulilor asociați cu trauma și (3) supraexcitarea cronică a sistemului nervos autonom (SNA). DSM-IV recunoaște

faptul că astfel de simptome sunt normale în perioada imediat următoare unui eveniment traumatic. TSPT este diagnosticat pentru prima oară când simptomele durează mai mult de o lună și sunt combinate cu pierderea funcționării în domenii precum locul de muncă al persoanei sau relațiile ei sociale.

Tulburarea somatică se află la baza TSPT. Oamenii care suferă de această tulburare îndură multe dintre aceleași simptome fizice înfricoșătoare care sunt caracteristice pentru hiperexcitarea SNA trăită în timpul incidentelor traumatice (*așa cum era și Charlie*): ritm cardiac accelerat, transpirații reci, respirație accelerată, palpitații, hipervigilență și o reacție exagerată de surpriză (tresăriri nervoase). Când sunt cronice, aceste simptome pot conduce la tulburări de somn, pierderea apetitului, disfuncții sexuale și dificultăți de concentrare, care sunt caracteristici adiționale ale TSPT. DSM-IV admite faptul că atât factori interni, *cât și* externi asociați cu evenimentul traumatic pot declanșa simptome TSPT, avertizându-ne că și numai simptomele somatice, singure, pot declanșa o reacție TSPT. Această tulburare poate reprezenta un cerc foarte vicios.

DIFERENȚA DINTRE STRES, STRES TRAUMATIC, STRES POSTTRAUMATIC ȘI TSPT

Hans Selye a definit stresul drept „reacția nespecifică a corpului la orice solicitare" (1984, p. 74). Fiind privit în general ca o reacție la experiențe negative, stresul poate rezulta de asemenea de pe urma experiențelor pozitive, dorite, precum căsătoria, mutarea, schimbarea locului de muncă și plecarea la facultate.

Cea mai extremă formă de stres este, bineînțeles, stresul rezultat în urma unui incident traumatic – *stresul traumatic. Stresul posttraumatic* (SPT) reprezintă stresul traumatic care persistă în urma (post) unui incident traumatic (Rothschild, 1995a). Doar când stresul posttraumatic se acumulează până

la nivelul în care produce simptomele specificate în DSM-IV poate fi aplicat termenul de *tulburare* de stres posttraumatic (TSPT). TSPT implică un nivel ridicat de disfuncție zilnică. Deși nu există statistici, se poate ghici că există un număr semnificativ de supraviețuitori ai traumelor care au SPT, aceia care sunt trecuți cu vederea – fără a se fi recuperat după traumele lor, însă fără a avea debilitarea caracteristică TSPT. Acești indivizi pot beneficia de asemenea de terapia traumei. (*Nivelul de perturbare al lui Charlie este tipic pentru SPT. Acesta i-a cauzat reacții într-o parte a vieții sale – evitarea câinilor – însă el funcționa normal în restul vieții sale.*)

SUPRAVIEȚUIREA ȘI SISTEMUL NERVOS

Excitarea, și în consecință hiperexcitarea traumatică, este mediată de sistemul limbic, care este localizat în centrul creierului, între trunchiul cerebral și cortex. Această parte a creierului reglează comportamentele de supraviețuire și de exprimare emoțională. Se ocupă în primul rând cu activitățile de supraviețuire, precum hrănirea, reproducerea sexuală și apărările instinctive de luptă sau fugă. Sistemul limbic influențează de asemenea procesarea mnezică.

Sistemul limbic are o relație strânsă cu sistemul nervos autonom (SNA). El evaluează o situație, transmițând semnale către SNA fie pentru a odihni corpul, fie pentru a îl pregăti pentru efort. SNA joacă un rol în reglarea mușchilor netezi și a altor organe interne: inima și sistemul circulator, rinichii, plămânii, intestinele, vezica urinară, pupilele. Cele două ramuri ale sale, cea simpatică (SNS) și cea parasimpatică (SNP), funcționează de obicei în echilibru reciproc: când una este activată, cealaltă este suprimată. SNS este activat în principal în stări de efort și stres, atât pozitiv, cât și negativ. SNP este activat în primul rând în stări de odihnă și relaxare.

Sistemul limbic reacționează la aspectul extrem al amenințării traumatice, prin eliberarea unor hormoni care transmit corpului să se pregătească pentru o acțiune defensivă (vezi Figura 1.1, p. 33). În urma percepției amenințării, amigdala transmite un semnal de alarmă hipotalamusului (ambele fiind structuri în sistemul limbic) care acționează asupra a două sisteme: (1) activează SNS și (2) produce hormonul de eliberare a corticotoprinei (CRH). Aceste acțiuni continuă, fiecare cu o sarcină distinctă, însă asociată. În primul rând, activarea SNS va provoca, pe rând, ca glandele suprarenale să elibereze epinefrină și norepinefrină pentru a mobiliza corpul pentru luptă sau fugă. Acest fapt este realizat prin creșterea ritmului respirației și al bătăilor inimii pentru a furniza mai mult oxigen, trimițând sângele din piele în mușchi pentru a asigura mișcări rapide. (*În cazul lui Charlie, creșterea respirației și a fluxului sanguin din picioare au făcut posibil ca el să pedaleze mai repede și mai departe decât de obicei.*) În același timp, în celălalt sistem, CRH activează glanda hipofiză să elibereze hormonul adrenocorticotropic (ACTH), care va activa de asemenea glandele suprarenale, de această dată pentru a elibera un hidrocortizon, cortizolul. Odată ce incidentul traumatic s-a terminat și/sau reacția de luptă sau fugă a avut succes, cortizolul va întrerupe reacția de alarmă și producerea epinefrinei/norepinefrinei, ajutând la restabilirea homeostaziei corpului.

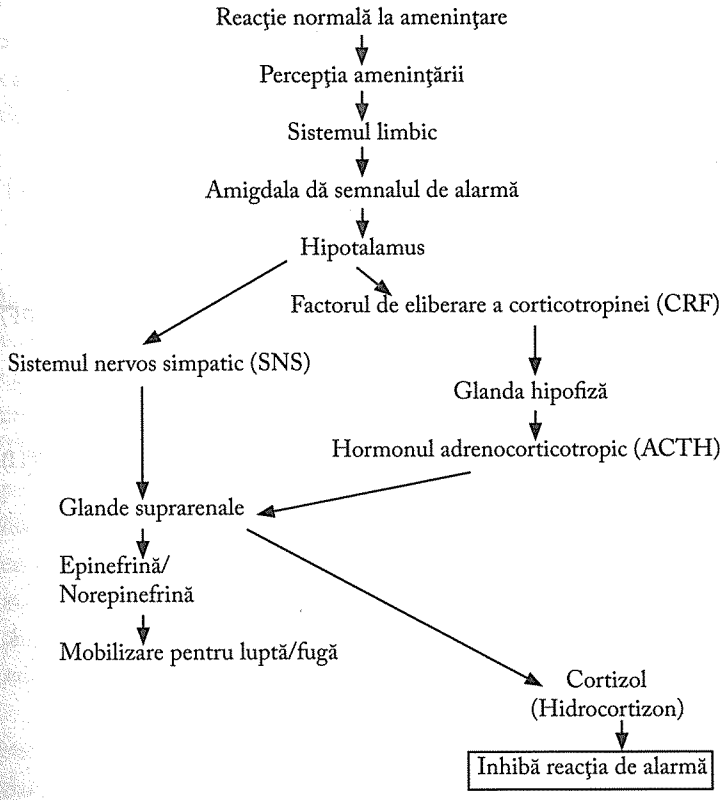
Aceste sistem poartă numele de axa hipotalamo-hipofizo-corticosuprarenaliană (HHC). Motivul pentru care aceasta este importantă în lucrul cu trauma este acela că în TSPT, ceva nu funcționează bine în interiorul ei. Rachel Yehuda (Yehuda et al., 1990) a fost prima care a descoperit faptul că la cei cu TSPT glandele suprarenale nu eliberează suficient cortizol pentru a întrerupe reacția de alarmă (vezi Figura 1.2). Mai multe studii au arătat că indivizii cu TSPT au niveluri de cortizol mai scăzute decât cei din grupurile de control, chiar decât cei cu alte probleme psihologice, cum ar fi depresia (Bauer,

Priebe & Graf, 1994; Yehuda et. al., 1990, 1995; Yehuda, Teicher, Levengood, Trestman & Siever, 1996). O concluzie care poate fi extrasă din aceste dovezi este faptul că, la nivel chimic, reacţia de alarmă continuă, tipică pentru TSPT, este cauzată de un deficit de producere de cortizol. Cu toate acestea, nu se ştie dacă acesta este un proces pur biologic sau dacă este influenţat de percepţia realizată în sistemul limbic. În timp ce nivelurile scăzute de cortizol din TSPT sunt dovedite, cauza lor constituie încă o întrebare.

O zonă de interes în ceea ce priveşte axa HHC şi cortizolul o reprezintă reacţia de încremenire la ameninţarea traumatică. Când moartea poate fi iminentă, când scăparea este imposibilă sau ameninţarea traumatică este prelungită, sistemul limbic poate activa în mod simultan SNP, cauzând o stare de încremenire numită *imobilitate tonică* – precum un şoarece stă ca mort când este prins de o pisică sau într-o stare de înţepenire, precum o căprioară prinsă în lumina farurilor (Gallup & Maser, 1997). Tabloul chimic care determină imobilitatea trebuie să aibă legătură cu axa HHC, dar acest fapt nu a fost studiat până în prezent.

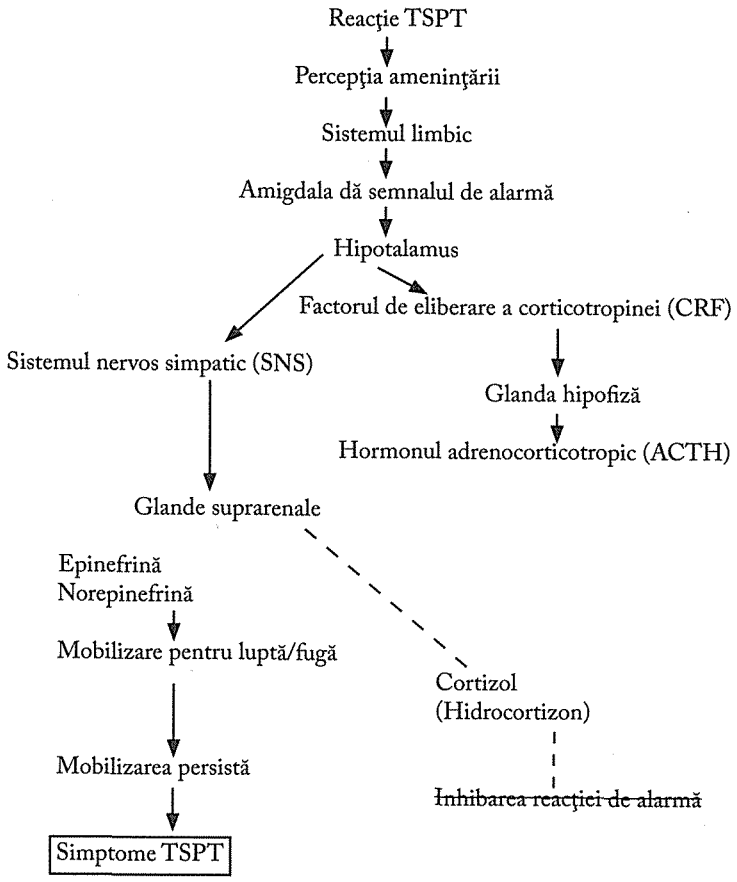
Aceste reacţii ale sistemului nervos – lupta, fuga şi încremenirea (sau imobilitatea tonică) – sunt acţiuni automate de supravieţuire. Ele sunt similare reflexelor prin faptul că sunt instantanee, însă mecanismele care stau la baza acestor reacţii sunt cu mult mai complexe decât simplele reflexe. Dacă percepţia la nivelul sistemului limbic este că există forţă, timp şi spaţiu suficiente pentru fugă, atunci corpul începe să alerge. Dacă percepţia sistemului limbic este că nu există suficient timp pentru fugă, însă există suficientă forţă pentru apărare, atunci corpul va lupta. Dacă sistemul limbic percepe că nu este nici timp, nici forţă pentru luptă sau pentru fugă şi moartea poate fi iminentă, atunci corpul va încremeni.

Figura 1.1. Axa hipotalamo-hipofizo-corticosuprarenaliană (HHC).



În această stare victima traumei intră într-o realitate modificată. Timpul se încetineşte şi nu mai există frică sau durere. În această stare, dacă are loc vătămarea sau moartea, durerea nu mai este resimţită la fel de intens. Oamenii care au căzut de la mari înălţimi sau care au fost mutilaţi de animale şi au supravieţuit, descriu exact o astfel de reacţie. Reacţia de încremenire ar putea de asemenea să crească şansele de supravieţuire. În cazul unui atac din partea unui om sau unui animal, atacatorul îşi poate pierde interesul odată ce prada sa a murit, aşa cum o pisică îşi pierde interesul faţă de un şoarece lipsit de viaţă.

Figura 1.2. Axa hipotalamo-hipofizo-corticosuprarenaliană (HHC).



(*Charlie și-a pierdut cunoștința în timpul atacului câinelui, iar când s-a confruntat mai târziu cu atingerea unui câine, el a paralizat. Ambele reacții reprezintă forme de imobilitate.*)

Este important să înţelegem faptul că aceste reacţii ale sistemului limbic/SNA sunt răspunsuri instantanee și instinctive la ameninţarea percepută. Ele nu sunt alese printr-o deliberare raţională. Multe persoane care au suferit traume se simt

foarte vinovate și rușinate pentru faptul că au încremenit sau că au „rămas ca și moarte" și că nu au făcut mai mult pentru a se proteja pe sine sau pe alţii prin luptă sau fugă. În acele cazuri, înţelegerea faptului că încremenirea este automată facilitează adesea procesul dificil de iertare de sine.

REACŢIA DEFENSIVĂ FAŢĂ DE AMENINŢAREA REAMINTITĂ

Când sistemul limbic activează SNA pentru a răspunde la ameninţarea unui eveniment traumatic, aceasta reprezintă o reacţie de supravieţuire normală, sănătoasă și adaptativă. În cazul în care SNA *continuă* să fie activat în mod cronic, deși ameninţarea a trecut și i s-a supravieţuit, aceasta constituie TSPT. Mai degrabă decât să își ocupe propriul loc în trecutul persoanei, evenimentul traumatic pare să continue să planeze liber în timp, ajungând adesea nechemat în percepţia actuală, ca și cum s-ar întâmpla, într-adevăr, în prezent. (*Charlie nu a mai fost atacat de un câine niciodată de atunci. Cu toate acestea, de fiecare dată când întâlnea unul, el continua să reacţioneze cu mintea și corpul ca și cum era, sau urma să fie, atacat din nou.*)

În cadrul sistemului limbic există două zone asociate care sunt esenţiale pentru stocarea memoriei: hipocampul și amigdala. În ultimii câţiva ani a fost realizat un număr din ce în ce mai mare de cercetări care indică faptul că aceste două părţi ale creierului sunt fundamental implicate în înregistrarea, completarea și amintirea evenimentelor traumatice (Nadel & Jacobs, 1996; van der Kolk, 1994, printre alţii). Se cunoaște faptul că amigdala ajută la procesarea amintirilor puternic încărcate afectiv, precum teroarea și groaza, devenind foarte activă atât în timpul, cât și pe perioada reamintirii unui incident traumatic. Hipocampul, pe de altă parte, furnizează context temporal și spaţial unui eveniment, punându-ne amintirile în perspectiva și locul potrivit pe lina temporală a vieţii noastre. Proce-

sarea realizată de hipocamp oferă evenimentelor un început, un mijloc și un sfârșit. Acest lucru este foarte important în ceea ce privește TSPT, deoarece una dintre caracteristicile sale este senzația că trauma nu s-a încheiat încă. S-a demonstrat faptul că activitatea hipocampului este adesea suprimată sub amenințarea traumatică; contribuția sa obișnuită la procesarea și stocarea unui eveniment nu este disponibilă (Nadel & Jacobs, 1996; van der Kolk, 1994, printre alții). Când acest lucru se întâmplă, evenimentul traumatic nu își mai ocupă poziția corectă în istoria persoanei și continuă să invadeze prezentul. Lipsește percepția terminării evenimentului și a supraviețuirii victimei. Acesta este probabil mecanismul care se află la baza celui mai reprezentativ simptom din TSPT, de „flashback"– episoade de retrăire a traumei în minte și corp.

DISOCIERE, IMOBILITATE ȘI TSPT

În mod surprinzător, disocierea, un clivaj al conștiinței, nu este menționată nici în DSM-III și nici în DSM-IV drept un simptom al TSPT, cu toate că este recunoscută ca un simptom al tulburării de stres acut (APA, 1994). Există o dezbatere din ce în ce mai amplă asupra faptului dacă TSPT este de fapt o tulburare disociativă mai degrabă decât o tulburare anxioasă, așa cum este ea clasificată în prezent (Brett, 1996). O comisie de la Societatea Internațională pentru Studiul Stresului Posttraumatic a dezbătut această problemă (Wahlberg, van der Kolk, Brett, & Marmar, 1996). Cu toate că există multe speculații, nimeni nu știe cu adevărat ce este disocierea sau cum se produce aceasta. Pare a fi un ansamblu de forme asociate de conștiință clivată. Gama variată de clivaje se întinde de la evenimente simple precum uitarea motivului pentru care mergi în bucătărie până la unele la fel de extreme precum tulburarea de identitate disociativă (numită anterior tulburarea de

personalitate multiplă). Tipul de disociere descrisă de cei cu TSPT în timpul evenimentului(lor) traumatic(e) – percepția alterată a timpului, senzații de durere reduse, absența terorii sau groazei – se aseamănă caracteristicilor celor care descriu că au reacționat la amenințarea traumatică prin imobilitate. Va trebui să se realizeze mai multe cercetări până când se va putea ști dacă reacția de imobilitate este o formă de disociere.

Înțelegerea acestui mecanism este importantă deoarece se pare că cele mai severe consecințe ale TSPT rezultă în urma disocierii. În timp ce disocierea pare a fi o reacție instinctivă de a salva sinele de la suferință – și face acest lucru foarte bine –, ea vine în schimb cu un preț ridicat. Există mai multe domenii de cercetare a fenomenului disocierii. Multe dintre ele indică probabilitatea că disocierea din timpul unui eveniment traumatic (disocierea peritraumatică) prezice dezvoltarea eventuală a TSPT (Bremner et al., 1992; Classen, Koopman, & Spiegel, 1993; Marmar et al., 1996).

CONSECINȚE ALE TRAUMEI ȘI ALE TSPT

Consecințele traumei și ale TSPT variază foarte mult în funcție de vârsta victimei, de natura traumei, de reacția la traumă și de sprijinul acordat victimei în perioada de după traumă. În general, cei afectați de TSPT suferă o reducere a calității vieții din cauza simptomelor intruzive care le limitează abilitatea de a funcționa. Ei pot să aibă perioade alternante de hiperactivitate și de epuizare, deoarece corpurile lor suferă efectele hiperexcitării traumatice a SNA. Pot apărea pe neașteptate stimuli care amintesc de trauma suferită, cauzând o panică imediată. Aceste persoane devin temătoare, nu doar de trauma în sine, cât și de propriile reacții la traumă. Semnale corporale care în trecut au furnizat informații esențiale devin periculoase. De exemplu, accelerarea ritmului cardiac,

care poate indica o suprasolicitare sau o emoţie, poate deveni un semnal de pericol în sine, deoarece reamintește de ritmul cardiac accelerat din timpul reacţiei traumatice și, prin urmare, este asociat cu trauma. Abilitatea de a se orienta între siguranţă și pericol descrește când multe lucruri, sau uneori toate lucrurile, din mediu sunt percepute a fi periculoase. În cazurile în care stimulii cotidieni care reamintesc trauma devin extremi, imobilitatea sau disocierea pot fi activate ca și cum trauma s-ar întâmpla în prezent. Acesta poate deveni un cerc vicios. Eventual, o victimă a TSPT poate deveni extrem de restricţionată, temându-se să fie cu alţi oameni sau să iasă din casă. (*Așa cum am menţionat anterior, Charlie avea SPT nu TSPT; nivelul limitărilor sale nu a atins niciodată o valoare extremă. Cu toate acestea, el devenea din ce în ce mai restricţionat cu fiecare întâlnire încărcată de teamă cu un câine, iar potenţialul pentru a dezvolta TSPT persista.)*

Cum este posibil ca mintea să devină atât de copleșită, încât să nu mai fie capabilă să proceseze un eveniment traumatic până la încheierea lui și să îl arhiveze ca pe un eveniment trecut? Următoarele capitole avansează posibile răspunsuri la această întrebare.

CAPITOLUL DOI

DEZVOLTAREA, MEMORIA ŞI CREIERUL

În multe cazuri, oamenii care experimentează evenimente traumatice sunt capabili să proceseze și să rezolve acele incidente fără a avea efecte pe termen lung. Ei sunt capabili să își amintească și să povestească evenimentele care li s-au întâmplat, să înţeleagă ce s-a întâmplat, să aibă emoţii adecvate amintirilor și să fie încrezători că incidentul aparţine trecutului.

În cazul oamenilor care încă sunt afectaţi de traumele lor, al celor cu SPT și TSPT, memoria evenimentelor traumatice este diferită. Aceasta se încadrează de obicei în una din două categorii divergente. Unele persoane traumatizate își vor aminti detaliile precise ale evenimentelor traumatizante, vor fi capabile să descrie ce s-a întâmplat ca și cum ar privi o redare video. În aceste cazuri, SPT și TSPT persistă deoarece acești indivizi nu pot să acorde un sens evenimentelor sau unor aspecte ale acestora. Ei încă pot fi tulburaţi de emoţii intense și/sau de senzaţii fizice care par să nu aibă legătură cu trauma suferită. (*Amintirea lui Charlie despre atacul câinelui reprezintă un exemplu. El și-a amintit detaliile până în punctul în care și-a pierdut cunoștința, însă a continuat să se simtă în pericol de fiecare dată când era în apropierea unui câine, indiferent cât de blând era*

acesta.) Sau persoanele traumatizate se pot simți amorțite fizic și/sau emoțional și se pot plânge de o stare de apatie în viețile lor. Alții își aduc puțin sau deloc aminte de evenimentele traumatice propriu-zise, însă sunt devastați de senzații fizice și reacții emoționale care nu au nici un sens în contextul curent. Chiar dacă trauma este amintită sau nu, pentru cei cu SPT și TSPT conștientizarea faptului că aceasta aparține trecutului și că pericolul s-a terminat este obținută doar cu dificultate.

O cercetare a modului în care se dezvoltă creierul poate releva indicii care să ne ajute să înțelegem aceste tipuri de distorsionare a memoriei.

CREIERUL ÎN DEZVOLTARE

Creierul nou născutului nu este câtuși de puțin un *fait accompli*, nici pe departe. La naștere, creierul este printre cele mai imature organe ale corpului. De fapt, acesta se aseamănă mult cu un computer nou, înzestrat cu un sistem de operare elementar, care incorporează tot ceea ce va fi necesar pentru dezvoltarea și programarea ulterioară, pentru stocarea și desfășurarea informațiilor în memorie, însă deocamdată fiind incapabil să facă multe lucruri care să depășească cerințele fundamentale de sistem.

Creierul uman este, în cea mai mare parte, maleabil – programabil și reprogramabil – în organizarea sa. Acesta este foarte reactiv la influențele externe. De fapt, cu cât este mai avansată și mai complexă structura creierului, cu atât mai mare este și maleabilitatea acestuia (Perry, Pollard, Blakley, Baker, & Vigilante, 1995). Cortexul cerebral este structura cea mai complexă și în același timp cea mai flexibilă și ușor influențabilă. Trunchiul cerebral este structura cea mai puțin complexă și mai puțin maleabilă din creier. Susceptibilitatea creierului la influență și schimbare este necesară pentru creștere și dezvoltare. În lipsa capacității creierului nostru de a se adapta și de a se schimba, ar fi imposibil să învățăm ceva. Creșterea, dezvoltarea și schimbarea sunt necesare pentru sănătate și supraviețuire. Deși rămâne flexibil de-a lungul vieții, capacitatea creierului de a se modifica descrește odată cu înaintarea în vârstă. Și bineînțeles că primele zile, luni și ani de viață sunt cruciali pentru constituirea fundamentelor capacităților și talentelor ulterioare, precum și a deficitelor.

Modul în care se organizează creierul în primă instanță depinde de interacțiunile bebelușului cu mediul. Modul în care creierul continuă să crească, să se dezvolte și să se reorganizeze depinde de experiențele ulterioare întâlnite de-a lungul vieții de copil. Din moment ce nu există două experiențe de viață identice, chiar și în cazul gemenilor identici, maleabilitatea creierului este cea care ne face unici pe fiecare dintre noi. Recunoașterea faptului că organizarea creierului este flexibilă și supusă influenței este crucială pentru înțelegerea atât a modului în care se dezvoltă tiparele emoționale disfuncționale, cum este TSPT, precum și a modului în care acestea pot fi schimbate.

DE LA ÎNCEPUT

Creierul bebelușului are instinctele și reflexele care sunt necesare existenței (bătăile inimii, reflexul respirator), abilitatea de a ingera și consuma hrana (reflexe de căutare, supt și înghițit; digestie și excreție) și de a beneficia de pe urma contactului (căi senzoriale, reflexe de apucare) etc. Cu toate acestea, acest sistem cerebral bazal nu este suficient pentru a asigura supraviețuirea sugarului. Bebelușul are nevoie de un om mai matur (îngrijitorul primar – de obicei, dar nu mereu, mama lui) care să aibă grijă de el și să îl protejeze. Mai mult decât atât, mulți consideră că interacțiunea dintre sugar și per-

soana care are grijă de el este cea care determină dezvoltarea normală a creierului și a sistemului nervos.

Nici una dintre aceste informații nu este nouă. Bebelușii depind de îngrijitorii lor pentru orice aspect al supraviețuirii lor. Îngrijitorii care sunt capabili să aibă grijă atât de nevoile emoționale, cât și de cele fizice ale sugarilor, îi cresc să fie copii, adolescenți și adulți cu o largă gamă de resurse. Ei sunt din ce în ce mai mult capabili să preia responsabilitatea satisfacerii propriilor nevoi în maniere adaptative și avantajoase. Bebelușii bine îngrijiți devin adulți rezilienți care sunt capabili să se lupte cu provocările vieții. Creierele lor sunt capabile să proceseze și să integreze atât experiențele pozitive, cât și pe cele negative, adăugând lecții adaptative la repertoriul lor de comportamente și atitudini.

Pe de altă parte, bebelușii crescuți de îngrijitori incapabili să le satisfacă o parte semnificativă a nevoilor prezintă riscul să se transforme în adulți cărora le lipsește reziliența și care au probleme cu adaptarea la urcușurile și coborâșurile vieții. Creierele lor pot fi mai puțin apte să proceseze experiențele vieții. Ei par a avea dificultăți mai mari în înțelegerea sensului evenimentelor vieții, în special al celor stresante, și par a fi mai vulnerabili la perturbările și tulburările psihologice, inclusiv dependența de substanțe, depresia și TSPT (Schore, 1994).

Există un număr din ce în ce mai mare de cercetări care descriu modul în care apropierea afectivă și atașamentul sănătoase sunt cruciale pentru dezvoltarea sănătoasă încă din primele zile de viață (Schore, 1994; Siegel, 1999; van der Kolk, 1998). Relația de atașament stimulează dezvoltarea creierului care, la rândul său, extinde și activează abilitatea unui individ de a se adapta emoțional de-a lungul vieții. Știința ajunge în sfârșit din urmă părinții și psihoterapeuții care au știut dintotdeauna că acest fapt era adevărat, însă nu știau cum și de ce. Acum se consideră că interacțiunea hrănitoare dintre în-

grijitor și bebeluș are un mare efect în susținerea dezvoltării emoționale sănătoase, deoarece relația în sine stimulează maturizarea normală a creierului și a sistemului nervos.

CÂTEVA PRINCIPII FUNDAMENTALE

Urmează o foarte scurtă prezentare a modului în care se dezvoltă creierul. Capitolele ulterioare vor dezvolta aceste principii fundamentale. Materialul inclus aici va fi limitat la ceea ce este necesar pentru a înțelege modul în care dezvoltarea creierului afectează în cele din urmă procesarea incidentelor traumatice.

Creierul este centrul de control al sistemului nervos. El reglează temperatura corpului, ne spune când să căutăm mâncare și comandă toate funcțiile implicate în alimentare, digestie și excreție. El transmite inimii noastre să bată și ne face să inhalăm și să exhalăm. Procrearea ar fi imposibilă fără creier și specia umană ar dispărea. În plus, creierul, precum un computer, procesează informațiile. El primește informații prin toate căile senzoriale ale corpului: văzul (care include și cuvintele scrise), auzul (care include și cuvintele vorbite), gustul, atingerea, mirosul, propriocepția (care ne informează în legătură cu pozițiile spațiale și interne ale corpului) și senzația vestibulară (care face posibil echilibrul).

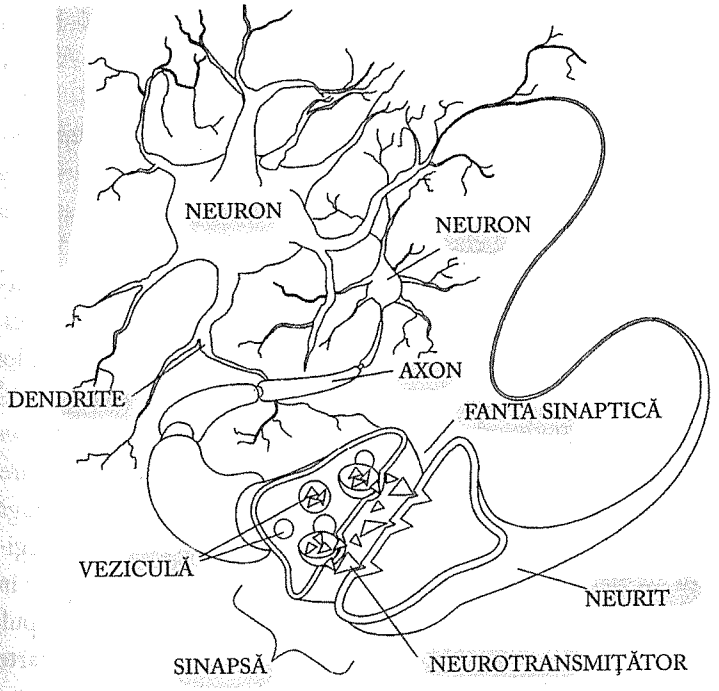
Comunicarea sistemului nervos

Termenul *sinapsă* (vezi Figura 2.1) se referă la o joncțiune a două celule nervoase (neuroni). În acest loc, semnalul sau informația de la un neuron se transferă la următorul, ca și cum o scânteie ar traversa distanța. Comunicarea de la o celulă la următoarea poate fi realizată fie printr-un impuls electric, fie printr-un neurotransmițător chimic care trece de la o celulă la cealaltă. Epinefrina și norepinefrina reprezintă exemple de neurotransmițători. Acești hormoni sunt secretați ca reacție la

stresul traumatic (vezi „Supraviețuirea și sistemul nervos" în Capitolul I), epinefrina de către nervii simpatici din glandele suprarenale, norepinefrina de către nervii simpatici din restul corpului (Sapolsky, 1994). Când este secretată suficientă norepinefrină din terminațiile nervilor simpatici de-a lungul căii, din sinapsă în sinapsă, corpul este pregătit să lupte sau să fugă.

Lanțuri de sinapse unesc neuronii în configurații care produc activitățile complexe desfășurate de creier și de corp. Fiecare lanț de sinapse produce un singur rezultat: contracția unui mușchi, amintirea unei imagini, clipirea unui ochi, senzația de fluturi în stomac, o bătaie a inimii, tăierea respirației de surpriză. Combinații de lanțuri sinaptice produc rezultate mai complicate: mersul, vorbitul, rezolvarea unei probleme de matematică, înțelegerea unui paragraf scris, amintirea detaliilor unui film, realizarea faptului că ți-e frig și ridicarea nivelului de încălzire. Toate informațiile care ajung în corp și în creier prin intermediul simțurilor sunt interpretate și înregistrate prin diferite seturi de sinapse și fiecare reflex, comportament, emoție sau gând este produs prin intermediul unor seturi diferite de sinapse. Toate experiențele sunt codificate, înregistrate și amintite prin intermediul sinapselor. Creierul reglează toate procesele și comportamentele corpului prin intermediul sinapselor care conectează nervii eferenți (creier → corp). În același mod, corpul raportează înapoi creierului despre propria stare internă și despre poziția sa în spațiu prin intermediul sinapselor care conectează nervii aferenți (corp → creier). De asemenea, tot prin intermediul unor seturi de sinapse, gândurile individuale devin unite sub formă de concepte sau sunt asociate unor evenimente specifice. Memoria cognitivă implică conectarea nervilor prin intermediul sinapselor din cadrul creierului. Memoria somatică necesită ca nervi senzoriali să fie conectați de creier prin intermediul sinapselor și apoi să fie înregistrată în cadrul creierului.

Figura 2.1. Sinapsă.



Retipărită cu permisiunea biroului de presă al Fundației Charles A. Dana

Cu toate acestea, nimic nu este fix în ceea ce privește consecutivitatea sinapselor. Acestea sunt supuse influențelor și pot fi schimbate. Învățarea unor lucruri noi este realizată prin crearea unor lanțuri noi de sinapse sau prin adaptarea unora existente. Uitarea (de ex., a modului în care se face ceva) este rezultatul neutilizării unor lanțuri de sinapse – precum zicala „folosește-o sau pierde-o". De asemenea, fie că acesta e un lucru bun sau nu, memoria poate fi distorsionată prin modificarea sinapselor.

Părțile creierului

Este ușor de conceptualizat modul în care arată creierul (vezi Figura 2.2). Strângeți-vă mâna dreaptă într-un pumn,

ținând-o vertical. Încheietura mâinii drepte reprezintă trunchiul cerebral, iar pumnul mezencefalul și sistemul limbic. Acum, cu mâna stângă acoperiți-vă pumnul drept. Aceasta este cortexul cerebral, stratul exterior al creierului.

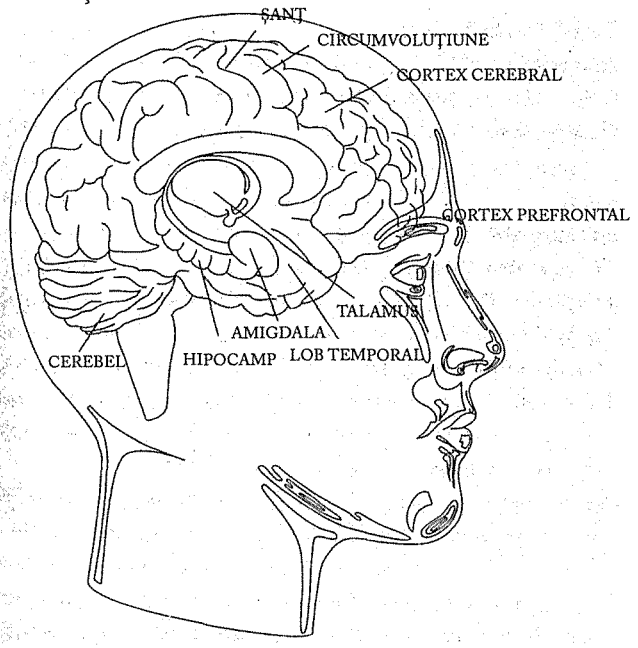
Trunchiul cerebral, denumit uneori și *creierul reptilian*, reglează funcțiile corporale de bază precum ritmul cardiac și respirația. Această regiune a creierului trebuie să fie matură la naștere pentru ca bebelușul să supraviețuiască.

Sistemul limbic reprezintă locul instinctelor de supraviețuire și al reflexelor. El include hipotalamusul, care este responsabil pentru menținerea temperaturii corpului, a funcțiilor vitale de hrănire și hidratare, a odihnei și echilibrului. Sistemul limbic reglează de asemenea și *sistemul nervos autonom*, mediind mușchii netezi și reacțiile viscerale la stres și relaxare, inclusiv excitarea sexuală și orgasmul, și reacțiile de luptă, fugă sau imobilitate din timpul stresului traumatic. Alte două regiuni ale sistemului limbic, *hipocampul* și *amigdala* sunt legate în special de înțelegerea memoriei traumatice. Atât hipocampul, cât și amigdala sunt formate din doi lobi, unul pe fiecare parte a creierului. Ambele structuri sunt indispensabile pentru procesarea informațiilor transmise de la corp în drumul lor către cortexul cerebral.

Amigdala prelucrează și apoi facilitează stocarea emoțiilor și a reacțiilor la evenimentele încărcate afectiv. Hipocampul procesează datele necesare pentru a înțelege acele experiențe în contextul temporal al istoriei personale („Când de-a lungul vieții mele s-a întâmplat acest lucru?") și consecutivitatea experienței în sine („Ce s-a întâmplat mai întâi? Ce s-a întâmplat în continuare?"). Nadel și Zola-Morgan (1984) au descoperit faptul că amigdala este complet dezvoltată la naștere și că hipocampul se maturizează mai târziu, între al doilea și al treilea an de viață. Înțelegerea diferenței între regimul lor de dezvoltare precum și între funcțiile acestor două structuri asigură o

explicație pentru fenomenul de *amnezie infantilă* – faptul că de obicei nu ne amintim în mod conștient primii ani de viață. Experiențele din primii ani de viață sunt prelucrate de către amigdală în drumul lor către a fi stocate în cortex. Amigdala facilitează stocarea conținutului emoțional și senzorial al acestor experiențe. Funcția hipocampului nu este încă disponibilă, prin urmare amintirea rezultată a experienței infantile include emoții și senzații fizice fără context sau consecutivitate. Aceasta constituie explicația posibilă a motivului pentru care, mai târziu în viață, experiențele din primii ani de viață nu pot fi accesate sub forma a ceea ce de obicei numim „amintiri" (Nadel & Zola-Morgan, 1984).

Figura 2.2. Părțile creierului.



Retipărită cu permisiunea biroului de presă al Fundației Charles A. Dana

Este necesară funcționarea matură și adecvată atât a amigdalei, cât și a hipocampului pentru a se realiza procesarea suficientă a evenimentelor vieții, în special a celor stresante, cu toate că în timpul unui incident traumatic acest lucru poate să nu fie mereu posibil. Pe măsură ce nivelul de stres crește, pot fi secretați hormoni care să suprime activitatea hipocampului, în timp ce amigdala rămâne neafectată. Este posibil ca secreția prelungită de cortizol, care poate fi regăsită în traumă, să afecteze hipocampul în această manieră (Gunnar & Barr, 1998). Aceasta ar putea explica în parte distorsionarea memoriei asociată cu TSPT. Unele persoane cu TSPT își amintesc experiențele traumatice drept stări emoționale și senzoriale foarte tulburătoare, lipsindu-le contextul temporal și spațial care este facilitat de funcționarea hipocampului. Mărimea hipocampului a constituit subiectul unor cercetări recente în TSPT. Mai multe studii concluzionează că supraviețuitorii cu TSPT au hipocampuri mai mici decât populația generală (printre alții: Bremner et.al., 1997; Rauch, Shin, Wahlen, & Pitman, 1998; Schuff et al., 1997). Aceste descoperiri fascinante nu au identificat totuși dacă hipocampurile celor cu TSPT s-au micșorat din cauza suprimării activității hipocampului de către hormonii de stres sau dacă acești indivizi au avut hipocampuri mai mici încă de la început. În orice caz, se pare că mărimea mai mică a hipocampului ar putea afecta procesarea la nivel cerebral a evenimentelor de viață stresante.

Talamusul este de asemenea o parte a mezencefalului; cele două secțiuni ale sale flanchează sistemul limbic. Acesta constituie centrul de transmisie pentru informația senzoriala care vine din toate zonele corpului și se îndreaptă spre cortex.

Cortexul cerebral acoperă structurile mai primitive ale creierului și este responsabil pentru toate funcțiile mentale mai înalte, inclusiv vorbirea, gândirea, memoria semantică și procedurală. În prezent, există un mare interes pentru variatele funcții ale emisferelor dreaptă și stângă de procesare a

informațiilor și pentru relația lor cu sistemul limbic. Cortexul drept pare să joace un rol mai important în stocarea informațiilor senzoriale. Se pare că amigdala este structura limbică prin care circulă informațiile senzoriale în drum spre emisfera dreaptă. Cortexul stâng, pe de altă parte, pare a avea o relație mai apropiată cu hipocampul. Mai mult, se pare că depinde de limbaj pentru a procesa informațiile. Bessel van der Kolk (van der Kolk, McFarlane, & Weisaeth, 1996) a descoperit faptul că activitatea din aria Broca, care constituie o structură a emisferei stângi responsabilă cu producerea vorbirii, este de asemenea suprimată (ca și cea a hipocampului) în timpul unui incident traumatic. El descrie ceea ce numește „teroarea fără grai" a traumei. Cu toții am experimentat cum este să nu îți găsești cuvintele sau să uiți ceea ce intenționai să spui. Când suntem stresați această dificultate crește uneori până la niveluri extreme. (*În cazul lui Charlie, el încă putea să vorbească în starea de panică, dar aparatul vorbirii îi era atât de contractat, încât cu greu putea să șoptească cuvintele*).

RELAȚIA MUTUALĂ ȘI DEZVOLTAREA CREIERULUI

Atât Allan Schore (1994), cât și Bruce Perry (Perry et al., 1995) au propus modele neurologice pentru înțelegerea importanței atașamentului sugarului în medierea experiențelor stresante de-a lungul vieții. Potrivit ambelor modele, îngrijitorul primar, pe lângă faptul că îi satisface sugarului trebuințele de bază, joacă de asemenea un rol crucial în ajutarea bebelușului să regleze niveluri de stimulare uneori foarte înalte. Un atașament sănătos între sugar și îngrijitor îi permite copilului să dezvolte până la urmă capacitatea de a autoregla atât stimulii pozitivi, cât și cei negativi. Perry și colegii săi (1995) sugerează în continuare că experiențele timpurii pozitive sunt esențiale pentru organizarea și dezvoltarea optimă a unor regiuni cerebrale specifice.

Copilul nou născut reprezintă o colecţie de receptori senzoriali bruţi. Timp de nouă luni fetusul este conţinut şi izolat în lichidul amniotic al mamei sale. Cu toate că există stimuli senzoriali în uter, aceştia sunt atenuaţi. Nou născutul este slab pregătit pentru brusca revărsare de stimuli din momentul naşterii. El este brusc propulsat la propriu într-un mediu plin de senzaţii noi şi intense de atingere, sunet, gust, vedere, miros, frig, căldură şi durere. Bebeluşul ţipă ca reacţie la această primă avalanşă de stimuli. Însă când este aşezat pe abdomenul mamei sale, auzindu-i vocea familiară (deşi înăbuşită anterior), şi simţindu-i atingerea drăgăstoasă, poate chiar simţindu-i mirosul binecunoscut, nou născutul se linişteşte repede. Aceasta este prima experienţă a bebeluşului de reglare a stimulilor, mediată de îngrijitorul primar. Mama bebeluşului este capabilă într-o clipă (de obicei) să intervină şi să domolească copleşitoarea avalanşă de stimuli noi, calmând copilul. Şi, în mod ideal, acest lucru se întâmplă pe toată durata copilăriei mici. Bebeluşul este supărat, iar prezenţa îngrijitorului îl linişteşte.

La început îngrijitorul îl ajută pe copil să îşi adapteze reacţiile la stimuli, inclusiv la inconfortul produs de foame, sete, umezeală, frig, durere etc. Încetul cu încetul îngrijitorul îl ajută pe copil să îşi regleze şi reacţiile emoţionale: frustrarea, furia, senzaţia de singurătate, frica şi agitaţia. La început, o mare parte a procesului de reglare se realizează prin intermediul atingerii şi a sunetului. Cu toate acestea, după cum specifică Schore (1996), destul de repede după naştere îngrijitorul şi bebeluşul dezvoltă un tipar de interacţiune care este esenţial pentru procesul de reglare afectivă. Ei învaţă să se stimuleze unul pe celălalt prin contactul faţă în faţă, care îi permite bebeluşului să se obişnuiască încetul cu încetul la niveluri din ce în ce mai mari de stimulare şi provocare.

Schore consideră că aceste interacţiuni dintre îngrijitor şi bebeluş – legătura afectivă şi ataşamentul, supărarea şi reglarea, stimulul şi ajustarea – sunt toate mediate de emisfera dreaptă a creierului. În timpul copilăriei mici cortexul drept se dezvoltă mai rapid decât cel stâng – şi, aşa cum am afirmat anterior, hipocampul asociat emisferei stângi este încă imatur (Schore, 1996).

Către sfârşitul primului an de viaţă, relaţia dintre îngrijitorul primar şi bebeluş se schimbă drastic. Bebeluşul face primele lui mişcări către copilăria timpurie – târârea, mersul de-a buşilea şi eventual statul în picioare şi mersul – şi dezvoltă o mai mare independenţă şi posibilitate de a interacţiona cu mediul. În mod simultan, rolul îngrijitorului se schimbă de la a fi 100% hrănitor, aprobator şi liniştitor în a fi un moderator al socializării, care pune limite, spune „nu" şi uneori dezaprobă şi/sau cauzează durere. Modul în care îngrijitorul şi copilul rezolvă această schimbare a rolurilor depinde de cel puţin trei factori: soliditatea legăturii de ataşament, capacitatea îngrijitorului de iubire continuă în ciuda faptului că s-a înfuriat din cauza năzbâtiilor copilului şi abilitatea sa de a pune şi menţine limite echilibrate şi consecvente. Tot în această etapă emisfera stângă intră într-o perioadă de dezvoltare accelerată care continuă pe măsură ce se dezvoltă limbajul, o funcţie a cortexului stâng. În acelaşi timp, în sistemul limbic, hipocampul se maturizează, crescând capacitatea copilului de a înţelege mediul înconjurător. Luând un start sănătos, întemeiat pe un ataşament sigur şi apoi pe limite stabilite raţional şi consecvent, copilul va începe să-şi folosească limbajul în curs de dezvoltare pentru a descrie evenimente şi pentru a înţelege experienţele emoţionale şi senzoriale.

CREIERUL ÎN CURS DE DEZVOLTARE ŞI TRAUMA

De ce unele persoane sunt mai uşor tulburate de evenimentele traumatice decât altele? Schore (1996), van der Kolk

(1987, 1998), Siegel (1999), De Bellis și colegii (1999), Perry și colegii (1995) și alții susțin că predispoziția spre tulburarea psihică, inclusiv TSPT, poate fi găsită în evenimentele stresante din timpul dezvoltării timpurii: neglijare, abuz fizic și sexual, eșecul în dezvoltarea atașamentului și incidente traumatice individuale (spitalizare, moartea unui părinte, accident de mașină etc.). Se speculează faptul că indivizii care au suferit traume timpurii și/sau nu au beneficiat de o relație de atașament sănătoasă pot avea, mai târziu în viață, o capacitate limitată de a gestiona stresul și de a înțelege experiențele traumatice. În cazul unora, este posibil ca activitatea redusă a hipocampului, fie pentru că nu s-a dezvoltat niciodată suficient (deficit de atașament) sau pentru că a fost suprimată (evenimente traumatice), să le limiteze acestora abilitatea de a gestiona stresul (Gunnar & Barr, 1998). În aceste circumstanțe, unii și-ar putea aminti experiențele traumatice ulterioare doar sub forma unor emoții intense sau de senzații corporale. În cazul altora, există posibilitatea ca mecanismele de supraviețuire precum disocierea sau imobilitatea să fi devenit atât de obișnuite, încât alte strategii adaptative fie nu s-au dezvoltat niciodată, fie sunt eliminate din gama de abilități de supraviețuire.

CREIERUL MATUR ȘI TRAUMA

Chiar și când copilăria s-a desfășurat bine, chiar ideal, un adolescent sau un adult se poate confrunta cu un eveniment traumatic atât de copleșitor, încât să poată apărea SPT sau TSPT. Unele dintre cele mai convingătoare dovezi care susțin acest lucru provin din studiile supraviețuitorilor Holocaustului care au fost relocați în Norvegia după cel de-al Doilea Război Mondial. Precum alte țări scandinave, Norvegia a jucat un rol important în recuperarea și relocarea a mii de supraviețuitori din lagărele de concentrare germane. Pe lângă faptul că le-au

fost satisfăcute nevoile bazale de îngrijire medicală, nutriție și locații curate și sigure de trăit, norvegienii le-au furnizat și asistență psihiatrică. Până la cel de-al Doilea Război Mondial, psihiatria norvegiană, similar celei europene și americane, considera că boala mentală apare din cauza deficitelor din copilărie. Din moment ce printre supraviețuitorii din lagărul de concentrare simptomele tulburărilor psihiatrice prevalau, psihiatrii norvegieni s-au așteptat să audă relatări din copilărie presărate cu disfuncții. Ei au fost surprinși când au aflat că majoritatea supraviețuitorilor a raportat o copilărie fericită, în familii coezive și suportive. Ce ar fi putut explica o asemenea discrepanță? Până la urmă psihiatrii au fost obligați să concluzioneze faptul că dovezile „au demonstrat în mod convingător că boala mentală cronică se putea dezvolta la persoane care au avut o copilărie armonioasă, dar care au fost supuși unui stres fizic și psihologic extrem" (Malt & Weisaeth, 1989, p.7). Prin urmare, consecințele Holocaustului au determinat o schimbare drastică în modul în care psihiatria a conceput efectele stresului extrem asupra adulților. (*Și Charlie a fost un exemplu pentru această teorie, deoarece trauma lui s-a întâmplat când el era adult. El a dezvoltat SPT în urma atacului câinelui – și era pe cale să dezvolte TSPT, deoarece viața lui devenea din ce în ce mai restricționată. Reacția lui Charlie nu era cauzată de o traumă timpurie sau de deficite de dezvoltare.)*

IMPLICAȚII OPTIMISTE PENTRU PSIHOTERAPIE

Copilăria timpurie nu este singura șansă pe care un individ o are pentru a dezvolta un atașament sănătos. Un bebeluș traumatizat nu este condamnat în mod obligatoriu să dezvolte disfuncții. De exemplu, mulți copii care au fost privați de o bună relație timpurie compensează într-o mare măsură acele lipsuri, mai târziu în viață – cu ajutorul celui mai bun prieten,

unui profesor special sau unui vecin care-i oferă alinare. Și mulți adolescenți și adulți găsesc o legătură afectivă sănătoasă într-o relație de dragoste matură. Pentru mulți dintre ei, o astfel de relație contribuie mult la compensarea a ceea ce le-a lipsit sau au suferit în copilăria timpurie. Iar alții găsesc legătura afectivă de care au nevoie în cadrul relației psihoterapeutice. (Rolul psihoterapiei dinamice și a somato-psihoterapiei în compensarea deficitelor timpurii și în vindecarea traumelor timpurii și majore va fi abordat în Capitolul V.)

Maturizarea creierului furnizează fundamentul pentru obținerea aptitudinilor și resurselor necesare, inclusiv recunoașterea și punerea în practică a lecțiilor date de întâmplările vieții. Modul în care creierul procesează și își amintește incidentele traumatice va determina cine va dezvolta TSPT și cine nu. Calitatea atașamentului dintre bebeluș și îngrijitor este o variabilă importantă, dar nu singura implicată în anticiparea unei dezvoltări sănătoase a creierului. În secțiunea următoare vor fi discutate tipurile de memorie și relația lor cu creierul și cu dezvoltarea TSPT.

CE ESTE MEMORIA?

Ne-am întâlnit la nouă. Ne-am întâlnit la opt.
Eu am venit la timp. Nu, tu ai întârziat.
... Ah, da, îmi aduc bine aminte...

Gigi

Studiul memoriei – al funcției memoriei și al sistemelor ei – este un domeniu de cercetare aflat în rapidă expansiune. Acesta se dezvoltă încă din anii 1960 și a ajuns la un ritm frenetic și susținut la începutul anilor 1990. Printre motivele

acestui interes crescut se află și controversa legată de amintirile despre traumă.

PRINCIPIILE FUNDAMENTALE ALE MEMORIEI

În linii mari, memoria se referă la înregistrarea, stocarea și reactualizarea informațiilor percepute din mediile interne și externe. În modul în care este percepută lumea sunt implicate toate simțurile. Creierul prelucrează percepțiile și le stochează sub formă de gânduri, emoții, imagini, senzații și impulsuri comportamentale. Când lucrurile stocate sunt reactualizate, acest lucru reprezintă memoria.

Pentru ca o informație să devină o amintire, ea trebuie să parcurgă cel puțin trei etape principale: *codificarea* este procesul de înregistrare sau întipărire a informațiilor în creier; *stocarea* memoriei este cum și pentru cât timp este păstrată informația; și *reactualizarea* memoriei accesează informațiile stocate, aducându-le înapoi în conștiință. Procesul memoriei creierului este de fapt foarte similar memoriei unui computer. Scrierea cuvintelor pe un ecran codifică informația în computer. Însă aceasta este doar o măsură temporară până când ele sunt salvate într-un fișier, care este asemănător cu stocarea memoriei. Odată salvată într-un fișier, acea informație rămâne latentă până când este recuperată prin redeschiderea fișierului (reamintirea). Ca și în cazul memoriei creierului, un fișier salvat în computer poate fi uneori dificil de găsit.

Unele tipuri de informații sunt mai predispuse să fie stocate decât altele. Cu cât este mai mare semnificația și încărcătura emoțională – atât pozitivă, cât și negativă – cu atât este mai probabil ca o informație (sau un eveniment compus din mai multe informații) să fie stocată (Schacter, 1996).

MEMORIA DE LUNGĂ ȘI DE SCURTĂ DURATĂ

Nu mai departe de acum 40 de ani memoria era considerată a fi doar un singur lucru: fie ne aduceam aminte, fie nu. Ceea ce acum numim *memoria de lungă durată* era singura categorie recunoscută. Eșecul memoriei era numit uitare sau, la extrem, amnezie. Se considera că experiențele noastre erau întipărite în cortexul creierului precum pe o casetă video. Amintirea reprezenta redarea video. Această teorie a fost susținută de studiile de stimulare a creierului conduse de Wilder Penfield. Aceste binecunoscute experimente sunt fascinante, însă posibil înșelătoare. În timp ce el opera pacienți epileptici, Penfield stimula aleator zone ale lobului temporal al creierului și înregistra „amintirile" raportate de pacienții săi (Penfield & Perot, 1963). Unii dintre ei au raportat imagini încărcate senzorial, uluitor de detaliate. Cu toate acestea, Penfield a fost criticat pentru faptul că și-a exagerat descoperirea. Se pare că mai puțin de 10% dintre pacienții săi au raportat de fapt „amintiri" în timpul stimulării cerebrale directe și nici unul nu a fost validat: nu exista nici o posibilitate să se diferențieze amintirea autentică de halucinații induse (Squire, 1987).

În jurul anului 1960, oamenii de știință au început să speculeze în legătură cu două sisteme diferite ale memoriei: memoria de lungă durată și o categorie nouă numită *memorie de scurtă durată*. La acea vreme nu exista nici o teorie legată de *localizarea* în creier a acelor tipuri de memorie sau de sistemele cerebrale responsabile pentru ele. Cu toate acestea, era clar că memoria de scurtă durată depindea de un sistem cerebral diferit decât memoria de lungă durată. Aceasta reprezenta nașterea conceptului de sisteme mnezice multiple acționând la nivelul creierului, ceea ce acum constituie un adevăr general acceptat (Nadel, 1994, Schacter, 1996).

Memoria de scurtă durată este utilizată pentru a memora un număr de telefon de la momentul în care este văzut sau auzit până când este format, răspunsurile la un examen pentru care am învățat în noaptea de dinainte sau fața unui ospătar. Asemenea lucruri se pierd de obicei repede din amintire, la fel cum cuvintele scrise pe ecranul unui computer sunt pierdute rapid dacă nu sunt salvate într-un fișier. Și aceasta pare să fie un lucru bun, protejând creierul de a fi suprasaturat de o abundență de informații inutile – 10 ani de cine târzii, orice clip publicitar etc. Memoria de scurtă durată este cea care adesea începe să se degradeze în mod frustrant, odată cu înaintarea în vârstă, „Ce voiam să fac?", „Îmi stătea pe limbă..."

Memoria de lungă durată este exact ceea ce exprimă numele. Aceasta implică informații care sunt stocate permanent – fie că sunt sau nu reactualizate vreodată în conștiință.

Cu toate acestea, memoria reprezintă mult mai mult decât perioada de timp în care o informație este stocată. Pentru a cunoaște memoria într-o mai mare măsură, este necesar să se înțeleagă *care* informații sunt stocate, *unde* sunt înmagazinate și *cum* reușește creierul să le stocheze.

MEMORIA IMPLICITĂ ȘI EXPLICITĂ

La sfârșitul anilor 1980 și la începutul anilor 1990 ideea sistemelor mnezice multiple a devenit larg acceptată. În această perioadă s-a realizat o descoperire importantă a două tipuri noi de memorie: *explicită* și *implicită*. Aceste două sisteme mnezice diferite disting ce tip de informații sunt stocate și cum sunt ele recuperate. Tabelul 2.1. compară sistemul mnezic explicit cu cel implicit.

Tabel 2.1. Categoriile memoriei.

	EXPLICITĂ = DECLARATIVĂ	IMPLICITĂ = NONDECLARATIVĂ
Proces	conștient	inconștient
Tipurilor informațiilor	cognitiv fapte minte verbal/semantic descrierea operațiilor descrierea procedurilor	emoțional prelucrare corp senzorial abilități automate proceduri automate
Structură limbică mediatoare	hipocamp	amigdala
Maturitate	în jurul vârstei de 3 ani	de la naștere
Activitate în timpul evenimentului traumatic și/sau flashback	suprimată	activată
Limbaj	construiește narativ	fără vorbire

Acest tabel este similar celui din Hovdestad și Kristiansen, 1996, p. 133.

Memoria explicită

Memoria explicită reprezintă ceea ce presupunem de obicei când ne referim la „memorie". Denumită uneori *memoria declarativă*, aceasta este compusă din fapte, concepte și idei. Când o persoană se gândește conștient la ceva și descrie acel lucru prin cuvinte – fie cu voce tare, fie în discursul interior – ea utilizează memoria explicită. Aceasta depinde de limbajul

oral sau scris, adică de cuvinte; limbajul este necesar atât pentru stocarea, cât și pentru reactualizarea amintirilor explicite. O opinie, o idee, o poveste, detaliile unui caz, povestea cinei de duminică din casa bunicii – toate sunt exemple de informații care ar fi stocate în memoria explicită. Cu toate acestea, memoria explicită nu se rezumă doar la fapte, ea presupune de asemenea amintirea operațiilor care necesită gândire și o relatare pas cu pas, precum rezolvarea unei ecuații matematice sau coacerea unui tort. Memoria explicită este cea care face posibilă spunerea poveștii de viață a unei persoane, relatarea evenimentelor, prezentarea experiențelor sub formă de cuvinte, construirea unei consecutivități, extragerea unei semnificații.

Memoria explicită a unui eveniment traumatic (sau a oricărui eveniment, de fapt) presupune a fi capabil să îți amintești și să relatezi evenimentul într-o poveste coerentă. Un alt aspect al stocării explicite implică plasarea cronologică a unui eveniment în punctul corect din parcursul vieții personale. În prezent se speculează faptul că unele cazuri de TSPT pot fi provocate parțial când amintirea unui eveniment traumatic este într-un anumit fel exclusă din stocarea explicită.

Memoria implicită

În timp ce memoria explicită depinde de limbaj, memoria implicită îl ocolește. Memoria explicită presupune fapte, descrieri și operații care se bazează pe gândire; memoria implicită implică proceduri și stări interne care sunt automate. Ea operează în mod inconștient, dacă nu este adusă în conștiință prin crearea unei legături cu memoria explicită, care povestește sau acordă un sens operațiilor, emoțiilor, senzațiilor etc. amintite.

Memoria implicită, denumită inițial *memorie procedurală* sau *nondeclarativă*, are de-a face cu stocarea și reactualizarea procedurilor și comportamentelor învățate. Fără memoria

procedurală implicită, realizarea unor sarcini ar fi în cel mai bun caz greoaie și în cel mai rău, imposibilă. Mersul pe bicicletă reprezintă un exemplu bun. Memoria implicită face posibil mersul pe bicicletă fără a ne gândi la ce facem. Cu toate că poate exista o amintire explicită a momentului în care s-a învățat mersul pe bicicletă – adesea cu mama sau tata care țineau partea din spate a șeii și alergau pe lângă noi – o persoană de obicei nu utilizează memoria narativă explicită în timp ce merge cu bicicleta. Dacă ne-am folosi doar de memoria explicită pentru a merge cu bicicleta, ar fi necesar să construim un scenariu, urmând fiecare pas ca și cum am urma o rețetă:

> *Stau în partea dreaptă a bicicletei, cu fața la ea. Țin bine cu mâinile de mânere. Apoi, păstrându-mi piciorul drept pe pământ, îmi ridic piciorul strâng peste cadru, aterizând inconfortabil cu partea stângă a șezutului pe șa; bicicleta s-a aplecat spre dreapta. Continuu să țin cu ambele mâini de mânere, îmi îndoi genunchiul drept și mă desprind de pământ cu piciorul drept. În mod simultan, îmi schimb greutatea pe șezut către stânga astfel încât acesta să devină centrat pe șa. Rapid, aplic presiune pe pedala stângă, împingând-o înainte și apoi în jos. În timp ce fac asta, pedala dreaptă, cu piciorul meu drept pe ea, se mișcă în spate și în sus. Când aceasta ajunge sus, înclin pedala dreaptă cu piciorul meu drept, cu vârfurile îndreptate în sus și o împing înainte și în jos. Continuu presiunea înainte și în jos pe câte o pedală o dată. Bicicleta se mișcă înainte. Continuu să stau drept pe șa, controlându-mi echilibrul prin faptul că îmi țin capul drept și îmi las șoldurile să se miște dintr-o parte în alta...*

Nimeni nu abordează mersul pe bicicletă cu o asemenea narațiune explicită. Nu ar ajunge niciodată nicăieri. În mod clar, a reactualiza în mod explicit o asemenea procedură constituie un proces laborios. Memoria implicită are cu siguranță multe avantaje.

Cu toate acestea, când vine vorba de amintirea evenimentelor traumatice, amintirile implicite care nu sunt asociate de

amintiri explicite pot fi problematice. Se pare că evenimentele traumatice sunt înregistrate mai ușor în memoria implicită deoarece amigdala nu cedează hormonilor de stres care suprimă activitatea hipocampului. Indiferent de cât de mare este excitarea, se pare că amigdala continuă să funcționeze. În unele cazuri, emoții supărătoare, senzații corporale perturbatoare și impulsuri comportamentale derutante pot exista toate în memoria implicită fără a avea acces la informații despre contextul în care acestea au apărut sau despre ce semnifică ele.

Memoria implicită a reflexelor condiționate

O categorie a memoriei implicite cuprinde comportamentele învățate prin *condiționarea clasică* (CC) sau prin *condiționarea operantă* (CO). Aceste teorii pot fi familiare, deoarece sunt predate de obicei în cadrul cursurilor de fundamentele psihologiei. Fiecare sau ambele pot fi implicate în reacțiile la traumă învățate ale celor cu SPT și TSPT.

Condiționarea clasică

Condiționarea clasică, descoperită de Ivan Pavlov, presupune asocierea unui stimul cunoscut cu un stimul nou, condiționat (SC), pentru a provoca un comportament nou, numit reacție condiționată (RC). În faimosul experiment al lui Pavlov, el a învățat un câine înfometat să răspundă fiziologic la sunetul unui clopoțel ca și cum ar fi primit mâncare. El a sunat în mod repetat din clopoțel (SC) chiar înainte de a aduce mâncarea (S) câinelui. Bineînțeles, acesta saliva – o reacție normală (R) – la vederea și la mirosul mâncării. Această succesiune a fost repetată de multe ori. Eventual clopoțelul a devenit asociat cu mâncarea. Atunci Pavlov a eliminat stimulul mâncare și doar a sunat clopoțelul. Câinele saliva (RC) din nou. Nu mai era necesar să i se aducă mâncare câinelui pentru a provoca reacția de acum condiționată (Pavlov, 1927/1960).

Ceea ce a fost odată o reacție normală la stimulul mâncare a devenit o reacție condiționată la clopoțel:

> clopoțel → asocierea cu mâncarea → salivare, *devine* clopoțel → salivare

Condiționarea clasică este extrem de relevantă pentru analiza TSPT. Este probabil ca acest proces să reprezinte mecanismul care se află la baza fenomenului de *declanșatori traumatici*. Mai simplu, în timpul unui eveniment traumatic multe semnale pot deveni asociate cu trauma. Exact aceleași semnale pot provoca mai târziu o reacție similară (RC). De exemplu, dacă o femeie este violată (S) de un bărbat îmbrăcat într-o cămașă roșie (SC) și îi este foarte frică (R), mai târziu ea poate reacționa cu frică (RC) când vede culoarea roșie (SC). Dacă suficiente informații despre viol s-au înregistrat în creierul ei în mod implicit, ea poate fi capabilă să facă legătura și să își reducă reacția: „Ah da, culoarea roșie mă înspăimântă deoarece îmi amintește de momentul în care am fost violată". Cu toate acestea, chiar dacă ea nu își amintește o informație sau mai multe, ar putea totuși să aibă o reacție. Aceasta constituie o consecință a memoriei implicite condiționate clasic: reacții automate în absența gândirii cognitive, faptice. În cazul traumei, reacția este foarte supărătoare. Declanșatorii (în acest caz, culoarea roșie) cauzează adesea o reacție intensă. O persoană nu este conștientă de cauză decât dacă a făcut asocierea, fie spontan, fie cu ajutorul psihoterapiei.

O problemă adițională legată de fenomenul declanșatorilor este că aceștia pot fi foarte greu de identificat. Condiționarea clasică poate crea lanțuri de stimuli condiționați, astfel încât un declanșator individual (SC) poate fi la o distanță de mai multe generări de scenariul originar stimul-reacție. Câinele care a învățat să saliveze la sunetul clopoțelului a putut

fi învățat să saliveze la o lumină intermitentă doar prin asocierea sunetului clopoțelului cu lumina (al doilea SC). Același lucru se poate întâmpla și în exemplul anterior de viol. Într-o perioadă ulterioară, aceeași femeie merge pe o stradă pe lângă un magazin de stofe. În vitrină se află expus un material roșu (primul SC). La câțiva pași după ce a trecut de magazin, inima ei începe să bată rapid (RC) și se simte amețită. Ea nu știe ce i se întâmplă iar anxietatea îi escaladează într-un atac de panică. Dacă ea nu are nici un indiciu conștient despre ceea ce i-a cauzat panica, ar putea căuta o explicație care să aibă sens și să ajungă la concluzia (în mod conștient sau inconștient) că ceva de pe stradă trebuie să fie periculos sau nesigur. Mai târziu, ea ar putea evita să mai meargă pe acea stradă (al doilea SC). Dacă acest tipar continuă fără nici o intervenție, eventual ar putea să aibă un atac de panică doar pentru că a ieșit pe orice stradă (al treilea SC) și să devină agorafobică, incapabilă să mai iasă din casă, fără să știe de ce. Bineînțeles că aceasta nu este singura explicație pentru agorafobie, însă acesta reprezintă un scenariu foarte plauzibil al modului în care s-ar putea dezvolta. Generările asociate condiționate clasic de declanșatori traumatici pot cauza niveluri din ce în ce mai mari de limitare, evitare și, în cele din urmă, debilitare. (*Charlie și-a generalizat frica de la tipul de câine care l-a atacat [SC] la toți câinii [al doilea SC] - indiferent de cum arătau aceștia [mari/mici] sau cum se comportau [agresiv/docil]. Viața lui a devenit restricționată deoarece vederea oricărui câine, chiar și aflat la distanță sau în lesa propriului stăpân, îi cauza creșterea ritmului cardiac și apariția transpirației reci.*)

Memoria în absența memoriei. Condiționarea clasică ajută la clarificarea modului în care este posibil să reacționezi la ceva care îți amintește de evenimentul traumatic fără a-ți aduce aminte de acel eveniment. Un caz interesant din perioada

de început a psihologiei furnizează o exemplificare simplă și totuși fascinantă.

O pacientă a medicului francez de la începutul secolului XX, Edouard Claparede, era incapabilă să creeze amintiri noi din cauza unei deteriorări cerebrale. De fiecare dată când doctorul întâlnea această pacientă, era ca și cum se întâmpla pentru prima dată. Ea nu își aducea niciodată aminte de el, chiar dacă ultima dată când îl văzuse era cu doar câteva minute în urmă. Fiind curios, Dr. Claparede a conceput un experiment. El a intrat în cabinetul medical întinzându-și mâna în gestul uzual de salut; însă, de data aceasta, își ascunsese în palmă o piuneză. Ea i-a strâns mâna ca de obicei, dar și-a retras-o imediat ca reacție la surpriza durerii. Când doctorul și-a vizitat ulterior pacienta, ea a refuzat să-i strângă mâna, dar nu a putut să spună din ce motiv (Claparede, 1911/1951).

Cunoașterea teoriei sistemelor mnezice face foarte simplă înțelegerea acestei întâmplări aparent fenomenală. Pacienta lui Claparede era într-adevăr capabilă să formeze amintiri noi, însă nu unele explicite. Prin intermediul condiționării clasice, un comportament care era neutru anterior (strângerea mâinii) a devenit asociat cu un stimul condiționat (durerea), provocând o reacție condiționată (retragerea cu durere și frică). A fost nevoie să se întâmple o singură dată pentru a condiționa reacția. De data imediat următoare când doctorul a apărut, pacienta a refuzat să îi ia mâna (reacție condiționată). Sistemul ei mnezic implicit era în întregime intact. Mâna ei și-a amintit că a existat înțepătura dureroasă, iar brațul ei și-a amintit că s-a retras. Ea nu a mai vrut să se întâmple din nou. L-a recunoscut și și-a amintit de doctor, însă nu în modul normal în care înțelegem recunoașterea și memoria.

Condiționarea operantă

Condiționarea operantă, cunoscută inițial datorită activității lui B. F. Skinner, presupune modelarea comportamentului

prin intermediul unui sistem cauză – efect de întărire pozitivă și/sau negativă. Modificarea comportamentului are la bază o condiționare operantă. Într-un experiment reprezentativ caracteristic pentru Skinner, o pasăre este învățată să apese cu ciocul pe o pedală pentru a primi mâncare. Ea este recompensată cu câteva grăunțe de fiecare dată când realizează comportamentul dorit, în acest caz apăsarea pedalei. Până la urmă comportamentul devine automat. Ceea ce începe ca o întâmplare aleatoare – prima dată când pasărea apasă accidental pedala – devine rapid un comportament asociat și învățat prin intermediul recompensării cu mâncare. Apoi pasărea este capabilă să apese în mod deliberat pedala când dorește mai multă hrană.

comportament întâmplător → recompensă → comportament condiționat → recompensă

Prin aceeași metodă animalele-actori sunt dresate să realizeze sarcini care par imposibile. Un comportament dorit, precum rotirea în sensul acelor de ceasornic, este delimitat în pași mici, fiecare pas fiind recompensat când apare: prima dată o rotire a unui picior, apoi o întoarcere a capului, apoi o semiîntoarcere a întregului corp etc. (Skinner, 1961).

Condiționarea operantă este utilizată pentru a modela comportamente de toate tipurile, în mod conștient și inconștient, în toate ariile societății. Comportamentele care sunt preferabile și prin urmare recompensate (reacție pozitivă) cresc în frecvență. Comportamentele care nu sunt dorite și prin urmare sunt pedepsite (reacție negativă) descresc în frecvență sau dispar întru totul. În cazul oamenilor, condiționarea operantă este un mecanism obișnuit pentru modelarea comportamentului copiilor, prietenilor, colegilor, partenerilor – al tuturor. Odată ce un comportament a fost modelat, procesul care l-a

facilitat iese din conștiință (dacă a fost vreodată conștient), iar comportamentul modelat rezultant rămâne sub formă de memorie implicită. Multe comportamente și obiceiuri au fost modelate inițial prin condiționare operantă – de exemplu, a învăța să spui „te rog" și „mulțumesc". Lauda, plăcerea și contactul vor crește apariția unui comportament; dezaprobarea, durerea și retragerea contactului o vor descreste.

Incidentele traumatice pot modela comportamentul prin intermediul condiționării operante. Când acest lucru se întâmplă, se pot dezvolta reacții adaptate la stres. De exemplu, dificultatea unei persoane de a vorbi în public își poate avea originea într-o copilărie în care exprimarea asertivă provoca riposte violente. Când impulsurile naturale de exprimare asertivă se asociază cu pedeapsa, ele dispar. Confruntată cu o situație unde este necesară vorbirea în public – chiar și la o întâlnire de afaceri –, acea persoană ar putea suferi un atac de panică sau de anxietate, cu simptome care includ ritm cardiac crescut, transpirații reci, dificultate de a respira etc.

Când un incident traumatic este repetat, cum este cazul abuzului fizic, violenței domestice, incestului sau torturii, strategiile mentale, emoționale și comportamentale de a-i face față pot deveni deprinderi, eliminând posibilitatea exercitării altor opțiuni, chiar și în circumstanțe mai puțin stresante. Cei care în copilărie sau în adolescență au fost molestați sau bătuți, ar putea mai târziu să fie vulnerabili în fața abuzului sexual sau violenței, deoarece impulsurile lor naturale de a se proteja și de a protesta (fizic și verbal) au fost anihilate. Expectațiile ca un tratament dureros din partea altora sau ca incapacitatea proprie să se repete pot persista cu încăpățânare, în ciuda dovezilor extrem de numeroase că nu mai este cazul. Comportamentele și convingerile condiționate în timpul evenimentelor traumatice par să aibă o putere de rezistență mai mare decât acelea condiționate la un nivel de stres mai redus. Chiar și un

singur caz de eșuare a unei strategii de supraviețuire sau de pedeapsă pentru exercitarea unei asemenea strategii în timpul unor situații traumatice poate fi suficient pentru a înlătura acel comportament din repertoriul unei persoane.

Într-o notă mai optimistă, condiționarea operantă poate de asemenea să funcționeze în sens invers. Când strategiile utilizate pentru a face față unei amenințări traumatice au succes, ele devin mai accesibile și este mai probabil să fie folosite din nou. Uneori acest fenomen este numit *vaccinarea anti-stres (în lb. eng, - stress inoculation).*

ACTUALIZAREA DEPENDENTĂ DE STARE

Actualizarea dependentă de stare este un alt fenomen important care este legat de memoria traumatică. Când o stare internă prezentă se aseamănă cu starea internă produsă în timpul unui eveniment anterior, detaliile, dispozițiile afective, informațiile și alte stări asociate acelui eveniment pot fi reamintite sau declanșate în mod spontan. Această teorie a fost adesea aplicată în învățare, anticipând faptul că informațiile învățate în timpul unor stări specifice induse de diferite droguri sau de alcool sunt reamintite mai bine în aceleași condiții, adică sub influența acelorași substanțe (Eich, 1980; Reus, Weingartner, & Post, 1979). Un exemplu „cu gust" este oferit de studenții care au încercat să folosească acest fenomen în avantajul lor, sperând să-și crească șansele de a reuși la examene. Strategia presupune creșterea gradului de reamintire a unui material dificil prin consumarea de ciocolată în timpul învățării și apoi prin consumarea de ciocolată în timpul susținerii examenelor. Cu toate acestea, nu se știe dacă succesul acestei strategii (așa cum este raportat de studenți) este determinat de starea internă provocată de glicemia crescută din sânge, de factorul stimulant din cacao sau de asocierea psihologică cu ciocolata. Și bineînțeles că aceasta poate reprezenta

doar o scuză inventată de către studenţii iubitori de ciocolată ca să se înfrupte în voie.

Actualizarea dependentă de stare se poate întâmpla și pe neașteptate. Nu este neobișnuit ca o traumă să fie adusă în conștiință de o condiţie internă (ritm cardiac sau respiraţie crescută, o anumită dispoziţie afectivă etc.) care să aducă aminte de reacţia iniţială la traumă. Acest proces poate fi pus în mișcare de o multitudine de declanșatori externi condiţionaţi clasic: o culoare, o imagine, un gust, o atingere, un miros etc. De asemenea, acesta poate fi declanșat de exerciţiul fizic, de emoţiile intense sau de excitarea sexuală. Orice aduce aminte de reacţia la traumă constituie un posibil catalizator.

De asemenea, este posibil ca actualizarea dependentă de stare să apară în condiţii care replică postura corpului. Acest lucru nu a fost discutat în literatura de specialitate, însă reprezintă o extensie logică a acestei teorii și o zonă de cercetare pe care suntem pe deplin pregătiţi să o abordăm. Feedback-ul de la nervii proprioceptivi posturali ar putea avea aceeași putere mnezică precum cel provenit de la nervii proprioceptivi ai senzaţiilor interne, care cel mai probabil sunt implicaţi în actualizarea dependentă de stare realizată sub influenţa drogurilor sau a alcoolului (vezi capitolul următor pentru o discuţie asupra propriocepţiei). Dacă îi cerem clientului să reproducă postura sa dinaintea și din timpul unei traume, aceasta va declanșa adesea reactualizarea în conștiință a unor detalii. O asemenea tehnică trebuie folosită totuși cu atenţie, deoarece poate cu ușurință să actualizeze mai multe amintiri decât este pregătit clientul să gestioneze (vezi Capitolul V). De asemenea, actualizarea dependentă de starea posturală poate fi provocată neintenţionat. De exemplu, un copil abuzat fizic încremenește sau începe să ţipe când, în timpul jocului, este răsturnat întâmplător sau din neatenţie peste piciorul altuia. (*Amintirea traumatică a lui Charlie a fost declanșată de senzaţia de greutate pe piciorul său drept și de faptul că l-a zărit pe Ruff cu colţul ochiului – replicarea a două caracteristici ale atacului câinelui. Declanșatori tactili și vizuali ai actualizării dependente de stare i-au provocat reacţia.)*

MEMORIA ȘI TSPT

TSPT pare a fi o tulburare a memoriei, care nu mai funcţionează cum trebuie. Persoanele cu TSPT nu sunt capabile să dea un sens propriilor simptome în contextul evenimentelor prin care au trecut. Ei sunt în continuare asaltaţi de declanșatori dependenţi de stare și/sau de alte asocieri la traumă condiţionate clasic. Experienţele lor traumatice planează liber în timp, fără a avea un sfârșit sau un loc în istoria personală.

Înţelegerea laturii somatice a memoriei poate furniza indicii pentru a înţelege trăsăturile memoriei specifice SPT și TSPT. Acesta reprezintă subiectul următorului capitol.

CAPITOLUL TREI

CORPUL ÎŞI AMINTEŞTE

Înţelegerea memoriei somatice

Rimă şi raţiune

A fost odată o bătrână care trăia într-o botină,
Avea atât de mulţi copii, că nu ştia ce o să vină.
Însă oricât ar fi încercat, niciodată n-a putut afla
Care era efectul şi care cauza.

Piet Hein

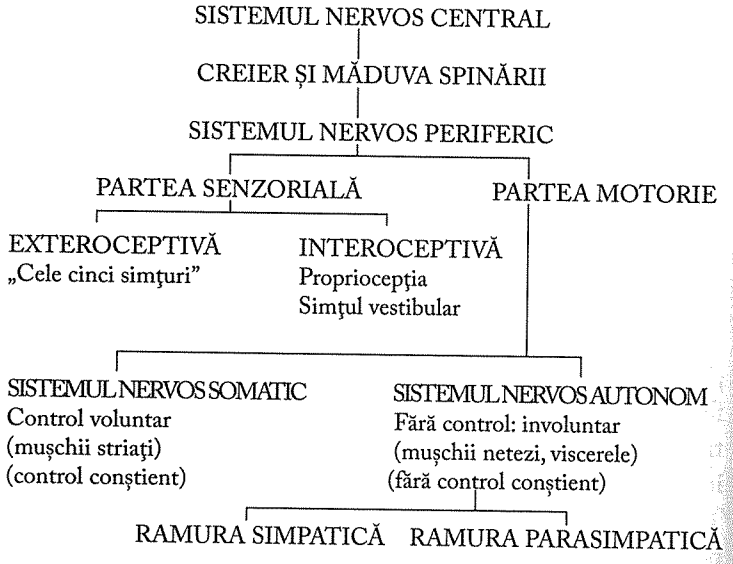
Acest capitol abordează două întrebări: Ce se înţelege prin memoria somatică? Cum poate fi utilă înţelegerea acestui fenomen pentru tratamentul tulburării de stres posttraumatic şi al altor afecţiuni asociate traumei? Sistemul memoriei implicite se află în centrul memoriei somatice. Persoanele cu TSPT sunt copleşite de imagini, senzaţii şi impulsuri comportamentale (memoria implicită) desprinse de context, concepte şi înţelegere (memoria explicită). Să sperăm că o mai mare înţelegere a memoriei somatice şi a proceselor implicite va ajuta la conectarea sistemelor memoriei implicite şi explicite (care va fi discutată în continuare în Capitolul VIII).

Memoria somatică se bazează pe reţeaua de comunicare a sistemului nervos al corpului. Prin intermediul sistemului nervos, trecând prin sinapse, informaţiile sunt transmise între

creier și toate părțile corpului. Cunoștințele de bază despre organizarea acestuia vor ajuta la înțelegerea fenomenului de memorie somatică.

În ceea ce privește trauma, trei diviziuni ale sistemului nervos sunt cele mai relevante: cea senzorială, cea autonomă și cea somatică. Fiecare va fi abordată în mod separat și apoi vor fi coroborate în secțiunea „Emoțiile și corpul". Figura 3.1 ilustrează organizarea sistemului nervos central al corpului.

Figura 3.1. Organizarea sistemului nervos central



Această schemă este adaptată după multe altele similare.

BAZELE SENZORIALE ALE MEMORIEI

Sistemul senzorial este foarte legat de memorie. Sistemul nervos transmite informațiile senzoriale adunate atât din periferie cât și din interiorul corpului, prin sinapse, la talamusul

creierului, pe traseul spre aria somatosenzorială a cortexului cerebral al creierului. Aceasta reprezintă prima etapă a memoriei, procesarea și codificarea informațiilor. O parte din acestea vor fi stocate pentru utilizări ulterioare și vor fi recuperate la momentul oportun. O mare parte din ele nu vor fi stocate niciodată și vor fi uitate rapid.

Asamblarea experienței, și prin urmare toată memoria, începe cu aportul de informații senzoriale. O persoană percepe lumea prin intermediul simțurilor. Acestea furnizează creierului un feedback continuu despre starea mediului intern și extern. Prin intermediul simțurilor ia formă realitatea.

Acordă-ți un minut pentru a conștientiza mulțimea de informații senzoriale care vin spre și din corpul tău în acest moment. Mai întâi observă mediul exterior. Ești în picioare, stai jos sau ești întins pe o suprafață anume. Fără să o privești, poți să îți dai seama dacă acea suprafață este moale sau dură, rece sau caldă? Ce sunete auzi? Există suficientă lumină pentru a putea vedea cu ușurință cuvintele de pe această pagină? Îți poți simți mâinile ținând această carte? Observă cum se simt coperta și paginile la contactul cu mâinile tale. Coperta este netedă sau aspră? Mediul tău extern include de asemenea modul în care hainele tale se simt pe piele. Cămașa ta este fină sau aspră? Pantalonii sunt confortabili sau prea strâmți? Temperatura aerului este confortabilă pentru hainele pe care le porți?

Dar mediul tău interior? Fără să privești într-o oglindă, poți estima poziția umerilor, a spatelui, a gâtului și a capului? Cum și spre ce direcție ești înclinat sau răsucit? Stai drept? Ești relaxat sau tensionat? Și observă că îți modifici poziția din când în când, chiar dacă doar puțin. Care sunt senzațiile care te determină să îți schimbi postura pentru a-ți păstra confortul? Îți amorțește piciorul sau începe să te doară gâtul? Poți să observi de asemenea dacă ai un gust în gură – dulce, acru, sărat, fum, amar? Ești conștient de vreun miros? În curând probabil vei deveni preocupat din ce în ce mai mult de senzațiile corporale interne adiționale care îți vor da de știre că ți-e foame, sete, ești obosit, neliniștit, înțepenit, ai vezica plină etc.

Tot acest aport de informaţii, și mai mult de atât, este transmis constant către creier tot timpul – în mod conștient sau nu. Fiecare dintre aceste semnale reprezintă o senzaţie, fie că vine de la periferia corpului sau din interiorul acestuia.

ORGANIZAREA SENZORIALĂ

Există două sisteme senzoriale principale: *exteroceptiv* și *interoceptiv*. Exteroceptorii sunt nervi care receptează și transmit informaţiile din mediul *exterior* corpului, prin intermediul ochilor, urechilor, limbii, nasului și pielii. Interoceptorii sunt nervi care primesc și transmit informaţiile din *interiorul* corpului, de la organe, mușchi și ţesuturile conjunctive.

Sistemul exteroceptiv

Sistemul exteroceptiv este cel cu care sunteţi probabil cel mai familiarizaţi. El include nervii senzoriali care reacţionează la stimulii care provin din afara corpului, adică din mediul extern, prin intermediul celor cinci simţuri de bază: văz, auz, gust, miros și atingere. Toţi exteroceptorii sunt reactivi la modificări mari și mici ale mediului extern. O persoană are de obicei un simţ sau altul mai dezvoltat sau o sensibilitate ridicată la anumite tipuri de stimuli. Indivizii cu o deteriorare a unuia dintre aceste simţuri (de exemplu, cei cu deficienţe vizuale sau auditive) adesea vor compensa pentru deficitul lor prin dezvoltarea unei acuităţi mai mari a unuia sau mai multor alte simţuri. Persoanele cu deficienţe vizuale, de exemplu, au adesea un auz foarte fin.

Pentru care dintre cele cinci simţuri ai cea mai mare receptivitate? Ce îţi atrage atenţia? Devii deosebit de atent când auzi un sunet ciudat, când miroși o aromă specifică sau când ceva se mișcă brusc în câmpul tău vizual? Simţi cu ușurinţă diferenţele fine de contact la suprafaţa pielii tale? Poate că ești receptiv la mai multe simţuri, dar probabil că acorzi cea mai are atenţie doar unuia dintre ele. Care dintre aceste simţuri este cel mai activ în amintirile tale? Ești mai predispus să îţi amintești gustul unei mâncări, mirosul ei sau modul în care arăta? Ești mai degrabă o persoană vizuală, auditivă sau tactilă? Când ești singur, amintindu-ţi persoana iubită, ai reprezentări mai puternice cu faţa, vocea sau atingerea sa?

Sistemul interoceptiv

Sistemul interoceptiv este compus din nervi senzoriali care reacţionează la stimulii care vin din interiorul corpului. Există două tipuri principale de interocepţie: *propriocepţia* și *simţul vestibular*. Propriocepţia se compune în continuare din simţul *kinestezic*, care îi permite unei persoane să-și localizeze în spaţiu toate părţile corpului și din simţul *intern*, care oferă feedback în legătură cu stări corporale precum ritmul cardiac, respiraţia, temperatura internă, tensiunea musculară și disconfortul visceral. Simţul vestibular ajută corpul să susţină o postură echilibrată și să menţină o relaţie confortabilă cu gravitatea.

Simţul kinestezic

Simţul kinestezic este cel care îţi dă posibilitatea să-ţi atingi cu vârful degetului vârful nasului, cu ochii închiși. Această sarcină minoră, cunoscută și ca test de ebrietate, reprezintă o faptă extraordinară. Cei care se îndoiesc ar trebui să stea lângă un prieten și să încerce să atingă nasul *prietenului*, ţinând ochii închiși. Ţintirea cu succes a nasului se bazează pe informaţiile venite de la mușchi și de la ţesutul conjunctiv scheletic care indică înălţimea și unghiul braţului, mâinii și degetului unei persoane. Această acţiune necesită de asemenea o schemă senzorială internă a locului în care sunt poziţionate toate părţile corpului, pentru a marca unde este nasul. Când

ţintim să atingem nasul *altcuiva*, avem acces la primul aspect menţionat, însă nu și la al doilea. De asemenea, simţul kinestezic face posibil mersul, prin indicarea locului în care se află în orice moment picioarele și tălpile. Simţul kinestezic face posibilă învăţarea și executarea multor tipuri de sarcini și comportamente motorii.

Importanţa simţului kinestezic poate fi cel mai bine ilustrată printr-un exemplu al pierderii sale. *APA Monitor (Monitorul Asociaţiei Americane de Psihologie)* (Azar, 1998) a raportat cazul fascinant al unui om care, în urma unei infecţii virale, pierduse partea kinestezică a simţului proprioceptiv, precum și simţul tactil. Deși toate funcţiile sale motorii erau intacte, el nu avea nici cea mai mică noţiune despre poziţia corpului său, dacă nu se privea; el nu putea nici măcar să stea în picioare. Până la urmă, el a fost capabil să compenseze într-o anumită măsură această pierdere. După ani de încercări și erori, a învăţat să se miște și să meargă relativ normal, să aducă un pahar la gură etc., bazându-se pe simţul văzului pentru a-i oferi semnalele care în trecut veneau de la nervii kinestezici. Cu toate acestea, dacă în timp ce stătea în picioare se stingea lumina, nemaiavând informaţiile vizuale, el se prăbușea pe podea și nu se mai putea ridica până când nu aprindea cineva lumina. Dacă nu-l ajuta vederea, el nu avea nici o idee cum să-și pună mâna cu palma în jos pe podea, cum să își ridice coatele deasupra mâinii la un unghi necesar pentru a avea suficient avânt să se împingă în sus etc. În plus, fără vedere el nu putea să își dea seama unde sau cum să își aşeze picioarele sub el, cum să-și distribuie corect greutatea pentru a se susţine și pentru a-și găsi echilibrul. Pierduse accesul la memoria implicită a mișcărilor și procedurilor simple, care de obicei sunt automate. Asemenea cazuri sunt extrem de rare, dar studierea lor este utilă pentru a ne ajuta să înţelegem cât de necesare sunt simţurile în viaţa de zi cu zi.

Simţul kinestezic este esenţial pentru memoria implicită, procedurală. El ne ajută să învăţăm și apoi să ne amintim cum să facem ceva. El ţine evidenţa modului și locului în care mișcăm mâinile, degetele, picioarele și trunchiul pentru a realiza, de exemplu, mersul pe jos sau cu bicicleta, schiatul, scrisul cu mâna sau pe tastatură, dansul. Fiind activ în starea de veghe, simţul kinestezic funcţionează în mod automat. Deși acesta este de obicei inconștient, se poate creşte conștientizarea lui.

Închide ochii și observă cât de corect îţi poţi descrie poziţia actuală a corpului. De exemplu, observă unghiul pe care îl formează braţul tău drept. Palma mâini tale este îndreptată în sus sau în jos? Talpa piciorului tău stâng este îndreptată spre interior sau spre exterior? În ce direcţie este aplecat capul tău? De asemenea, poţi încerca să ceri unui prieten să-ţi „sculpteze" corpul într-o altă poziţie și să observi dacă poţi spune cu exactitate unde și cum a fost plasată fiecare parte a corpului. Data viitoare când te vei mai aşeza să scrii sau să mănânci – ceea ce reprezintă o procedură normală și automată pentru tine, stocată în memoria implicită – încearcă s-o faci într-un mod diferit. Ţine stiloul sau furculiţa într-un alt mod sau în cealaltă mână. Poţi acum să scrii sau să mănânci pur și simplu, fără să te mai gândești la ceea ce faci? Cel mai probabil nu vei putea face acest lucru. Dacă un astfel de comportament nu este stocat în memoria implicită, succesul acestuia va depinde de realizarea unui efort conștient.

Simţul intern

Simţul intern este cel care înregistrează starea în care se află mediul intern al corpului: ritmul cardiac, respiraţia, durerea, temperatura internă, senzaţiile viscerale și încordarea musculară. „Fluturii" sau o arsură în stomac reprezintă senzaţii interne familiare. O intuiţie bazată pe o „emoţie viscerală"*

* Sintagma „*gut feeling*" (lb. eng.) a fost tradusă literal aici pentru a respecta contextul. Sensul în care această sintagmă este folosită în limbaj curent este acela de intuiţie, instinct – n.t.

constituie o concluzie a simțului intern. Acesta este cel care ajută la identificarea și denumirea emoțiilor noastre. Fiecare emoție de bază – frică, furie, rușine, tristețe, interes, frustrare sau bucurie – este însoțită de un set de senzații corporale discrete, stimulate de activitatea complexă din creier. Această biologie a emoției din corp și din creier este numită afect.

> *Poți să simți cât de repede îți bate inima fără să îți iei pulsul? Poți să îți simți respirația – unde are loc și cât de profundă este? Care parte a corpului este încordată sau relaxată în acest moment? Încearcă din nou să mănânci sau să scrii cu cealaltă mână. Observă-ți reacțiile viscerale și orice schimbare a încordării musculare. Simți vreun disconfort undeva? Există vreo modificare a încordării brațului sau a umerilor tăi? Acesta este simțul tău intern alertându-te în legătură cu o schimbare a procedurii normale. Apoi schimbă la loc și scrie sau mănâncă în modul tău obișnuit și observă dacă există o relaxare corespunzătoare a stării de alertă internă. Adu-ți aminte de ultima oară când te-ai simțit stânjenit. Ți s-a aprins fața? Dar când te înfurii; ți se tensionează umerii?*

Simțul intern reprezintă fundamentul teoriei markerilor somatici a neurologului Antonio Damasio. El susține faptul că trăirea emoțiilor este compusă din senzațiile corporale care sunt provocate ca reacții la diferiți stimuli. Acele senzații și emoțiile asociate lor sunt codificate și apoi stocate sub formă de amintiri implicite asociate stimulilor care le-au provocat inițial (condiționare clasică). Amintirea emoțiilor și senzațiilor poate fi declanșată mai târziu, când sunt prezenți stimuli similari, cu toate că originea ei nu va fi întotdeauna amintită (Damasio, 1994). De exemplu, dacă cineva mănâncă ceva și se îmbolnăvește, data următoare când va vedea, va mirosi sau va primi aceeași mâncare, va simți probabil un anumit nivel de greață. Este posibil ca reacția puternică să se diminueze după un timp, însă acea persoană poate continua să aibă o aversiune automată față de acea mâncare, poate chiar uitând originea

repulsiei. „Oh, nu mulțumesc. Nu mănânc niciodată această mâncare. Pur și simplu nu îmi place!" Teoria markerilor somatici a lui Damasio va fi discutată în continuare în ultima parte a acestui capitol.

Simțul vestibular

Simțul vestibular indică când o persoană se află în poziția verticală relativ la centrul de gravitație al pământului. Situat în urechea internă, când este perturbat acesta poate cauza accese de ameteală sau vertigo, rău de mișcare sau pierderea echilibrului. Oamenii deosebit de acordați la acest simț pot percepe toate aspectele mișcării. De exemplu, pe parcursul unui zbor cu avionul, o asemenea persoană va observa fiecare întoarcere și înclinare ușoară a avionului, pe care alții o percep doar când privesc pe fereastra acestuia.

Multe parcuri de distracție au o atracție care înșeală obișnuita relație de cooperare dintre văz și simțul vestibular. Coliba bântuită din cadrul parcului Knotts Berry Farm din sudul Californiei constituie un astfel de exemplu. Când o persoană merge prin clădirea imobilă, îi este imposibil să-și mențină echilibrul. Este necesar să se țină de balustrade pentru a nu cădea. Ghizii spun că acest lucru se întâmplă deoarece casa este construită deasupra unui loc unde gravitația pământului este diferită, cu toate că ei înșiși nu au nici o dificultate în a se deplasa – stând înclinați. Secretul unor asemenea atracții îl constituie faptul că structura aparent normală este de fapt construită în unghi înclinat. Podeaua, acoperișul și pereții sunt înclinați cu 20 sau 30 de grade. De asemenea, mesele, scaunele, tablourile etc., sunt așezate având aceeași înclinare și prinse în cuie în poziția respectivă. Cu ochii deschiși, o persoană normală se va baza pe indicatorii vizuali pentru a determina direcția gravitației. În această situație, acest lucru cauzează un pic de haos. Persoana încearcă să stea drept în funcție de ceea

ce vede. Cu toate acestea, când ochii sunt închiși, simțul vestibular va intra în funcțiune, indicând care este direcția gravitației. Ghizii urmează informațiile date de simțul vestibular, fapt pentru care stau înclinați – dar bineînțeles că nu le sugerează și invitaților să încerce asta, deoarece ar destăinui secretul.

MEMORIA SOMATICĂ ȘI SIMȚURILE

Fiecare simț abordat mai sus este relevant pentru analiza fundamentului somatic al memoriei în general și al memoriei traumatice în special. Prima noastră impresie despre o experiență vine de obicei de la simțurile noastre – atât interoceptive, cât și exteroceptive. Aceste impresii nu sunt codificate sub formă de cuvinte, ci sub forma în care sunt, de senzații somatice: mirosuri, priveliști, atingeri, gusturi, mișcări, poziții, succesiuni de comportamente, reacții viscerale.

Amintirea unui eveniment stocată în memoria implicită sub formă de senzații poate fi uneori adusă la suprafață dacă este replicat un stimul senzorial similar (actualizarea dependentă de stare). În viața de zi cu zi există multe exemple ale acestui fenomen. Aproape toată lumea a experimentat într-un anumit moment sau în altul o actualizare dependentă de stare cu bază senzorială declanșată de un cântec, un gust sau un miros: „O, Doamne, nu m-am mai gândit la acest lucru de ani buni!" Câteodată acest fenomen este pozitiv, alteori negativ, însă se întâmplă tot timpul.

MEMORIA SENZORIALĂ ȘI TRAUMA

Memoria senzorială este esențială pentru înțelegerea modului în care se realizează memorarea unui eveniment traumatic – a modului în care, așa cum ar spune Bessel van der Kolk (1994), „Corpul ține scorul". Amintirile evenimentelor traumatice pot fi codificate exact în același mod ca și alte amintiri, atât explicite, cât și implicite. Cu toate acestea, persoanelor cu SPT și TSPT le lipsesc în mod obișnuit informațiile explicite necesare acordării unui sens simptomelor lor supărătoare – senzații corporale –, dintre care multe sunt amintiri implicite ale traumei. Informațiile care lipsesc pot varia: pentru unii va fi un fapt specific sau mai multe fapte care au fost uitate; pentru alții poate fi vorba de o cheie, acel „aha!" care aranjează informațiile disponibile în ceva cu sens. Unul dintre obiectivele psihoterapiei traumei este să ajute aceste persoane să își înțeleagă senzațiile corporale. Ei trebuie în primul rând să le simtă și să le identifice la nivel corporal. Apoi trebuie să utilizeze limbajul pentru a le numi și descrie, povestind ce semnificație au senzațiile pentru ei în viața actuală. Uneori, cu toate că nu întotdeauna, devine posibilă clarificarea relației acestor senzații cu trauma trecută.

Unul dintre inconvenientele TSPT este fenomenul *flashback-urilor,* care presupune redări foarte perturbatoare ale amintirilor senzoriale implicite ale evenimentelor traumatice, uneori însoțite de reamintiri explicite, alteori nu. Senzațiile care acompaniază aceste flashback-uri sunt atât de intense, încât persoana suferindă nu este capabilă să distingă realitatea actuală de trecut. Se *simte ca și cum* s-ar întâmpla acum. (Capitolul VI include metode pentru ajutarea clienților să folosească conștientizarea senzorială pentru a distinge realitatea momentului de amintirile realității trecute. Capitolul VIII include un protocol pentru oprirea unui flashback.)

Un flashback poate fi declanșat prin intermediul unuia dintre sistemele exteroceptiv și interoceptiv sau prin intermediul ambelor. Ar putea fi ceva ce a fost văzut, auzit, gustat sau mirosit, care servește drept memento și pune în funcțiune flashback-ul. La fel de simplu poate fi o senzație care pornește din interiorul corpului. Mesajele senzoriale de la mușchi și de

la țesutul conjunctiv, care amintesc de o anumită poziție, o acțiune sau intenție pot reprezenta sursa declanșării. De exemplu, nu este neobișnuit pentru o femeie care a fost violată să nu aibă nici o problemă în a face dragoste cu soțul său, excepție făcând poziția care îi amintește de viol. Chiar și o stare internă declanșată în timpul unui eveniment traumatic, de exemplu, ritmul cardiac accelerat, poate constitui un declanșator. Din acest motiv, unele persoane cu TSPT nu reacționează bine la exercițiile aerobe. Ritmul cardiac accelerat și respirația crescută pot reprezenta memento-uri implicite ale ritmului cardiac accelerat și ale respirației rapide asociate ororii traumei lor. De asemenea, pentru unii poate constitui o problemă ritmul cardiac accelerat cauzat de stimulenții din cafea, ceai, cola sau ciocolata neagră. Toate acestea sunt exemple de declanșări provocate prin intermediul actualizării dependente de stare. Următorul exemplu de caz (continuare din pag. 24) va fi ilustrativ.

CHARLIE ȘI CÂINELE, PARTEA A II-A

Charlie mi-a atras atenția cu o voce sever gâtuită. M-am întors și l-am văzut stând pe o saltea pe podea, în partea mea dreaptă, copleșit. Întregul corp îi era rigid – cu brațele țintuite lângă corp, picioarele întinse în față – și abia putea vorbi. Ruff stătea întins calm lângă el, având capul pe genunchiul lui Charlie. Acesta a reușit să șoptească „Sunt foarte îngrozit acum. Mi-e extrem de frică de câini". L-am întrebat dacă îl poate goni pe Ruff sau să se mute el în altă parte, dar am putut să văd că acest lucru nu era posibil. Charlie era la propriu și în mod vizibil încremenit (imobilitate tonică). Cu ajutorul unui membru al grupului am reușit să-l fac pe Ruff să se mute de lângă el. Dar Charlie a rămas înțepenit în acel loc. Mai târziu, după intervenția terapeutică (care va fi descrisă în Capitolul VIII), discutând despre ceea ce tocmai se întâmplase, Charlie era convins că Ruff își pusese botul pe coapsa lui, în locul în care fusese mușcat anterior, și nu pe genunchi. De fapt, el a fost uluit când a aflat că Ruff doar își pusese capul pe genunchiul lui. Reacția lui Charlie a fost generată de stimuli exteroceptivi de atingere și văz. Contactul lui Ruff cu piciorul drept al lui Charlie, combinat cu o întrezărire din câmpul vizual periferic drept, au reprezentat suficiente reamintiri ale întâlnirii traumatice anterioare pentru a declanșa starea traumatizată a lui Charlie. Corpul său și-a amintit imediat atacul.

Acest exemplu ilustrează actualizarea dependentă de stare provocată de situații specifice, asociate stării. În mod surprinzător, Charlie frecventa acest centru spiritual în mod obișnuit și anterior îl întâlnise de multe ori pe Ruff, fără nici un incident, cu toate că îl evitase. Amintirea traumei lui nu fusese declanșată în situațiile anterioare, deoarece combinația potrivită de stimuli nu avusese niciodată loc până atunci.

SISTEMUL NERVOS AUTONOM: HIPEREXCITAREA ȘI REFLEXELE DE LUPTĂ, FUGĂ ȘI IMOBILIZARE

Sistemul limbic al creierului ar putea fi numit „centrul supraviețuirii". El răspunde la stresul/trauma/amenințarea extremă prin punerea în funcțiune a axei HHC, eliberând hormoni care comunică trupului să se pregătească pentru acțiunea defensivă. Hipotalamusul activează ramura simpatică (SNS) a sistemului nervos autonom (SNA), aducând-o într-o stare de înaltă excitare, care pregătește corpul pentru luptă sau fugă. Pe măsură ce epinefrina și norepinefrina sunt eliberate, respirația și ritmul cardiac cresc, pielea devine palidă pe măsură ce sângele se depărtează de la exterior către mușchi, iar corpul se pregătește pentru o mișcare rapidă. Când lupta sau fuga sunt percepute ca fiind imposibile, sistemul limbic comandă excitarea *simultană* ridicată a ramurii parasimpatice (SNP) a SNA, rezultând imobilitatea tonică (denumită uneori

„încremenire" sau „îngheţare") – precum un șoarece face pe mortul (stă nemișcat) sau o broască ori o pasăre devine paralizată (înţepenită) (Gallup & Maser, 1977). După cum am menţionat anterior, încă nu se cunoaște ceea ce se întâmplă la nivelul axei HHC care cauzează imobilizarea corpului în locul luptei sau fugii.

În cazul TSPT, secreţia de cortizol nu este adecvată pentru a întrerupe reacţia de alarmă. Creierul continuă să reacţioneze ca și cum ar fi stresat/traumatizat/ameninţat. Nu se cunoaște la această dată care este primul factor determinant: o percepţie continuă a ameninţării sau un nivel insuficient de cortizol. Cu toate acestea, rezultatul este același: sistemul limbic continuă să comande hipotalamusului să activeze SNA, continuând să pregătească corpul pentru luptă/fugă sau imobilizare, chiar dacă evenimentul traumatic efectiv s-a terminat – poate cu ani în urmă. Persoanele cu TSPT trăiesc cu o stare de activare cronică a SNA în corpurile lor – hiperexcitare – ce duce la simptome fizice care constituie baza pentru anxietate, panică, slăbiciune, epuizare, rigiditate musculară, probleme de concentrare și tulburări de somn.

Este un cerc vicios, inițial pus în funcţiune în scopul supravieţuirii, dar care continuă sub formă de deficienţă. În timpul unui eveniment traumatic creierul alertează corpul când apare o ameninţare. În TSPT, creierul continuă să activeze și să reactiveze aceeași alertă, stimulând SNA pentru a avea reacţii defensive de luptă, fugă sau imobilizare. Reacţiile de puls ridicat, piele palidă, transpiraţii reci etc., atât de necesare apărării, evoluează în simptomele chinuitoare ale unei dizabilităţi. În cazul câinelui lui Pavlov, un stimul neutru la origine (clopoţelul) a devenit asociat cu și capabil să provoace o reacţie fiziologică normală la mâncare (salivare). Același lucru se întâmplă în TSPT. Obiecte, sunete, culori, mișcări etc., care în alte condiţii ar putea constitui stimuli neutri, nesemnificativi, au devenit asociate cu incidentul traumatic prin condiţionarea

clasică, provocând hiperexcitarea traumatică. Acești stimuli devin apoi declanșatori externi care sunt experimentaţi intern sub formă de pericol. Când recunoașterea siguranţei externe nu coincide cu experienţa interioară de ameninţare, poate rezulta o stare de confuzie. Simptomele pot deveni cronice sau pot fi declanșate în mod acut. Întreruperea acestui ciclu reprezintă un pas important în tratamentul TSPT.

Tabelul 3.1. Sistemul nervos autonom (mușchi netezi, involuntari).

RAMURA SIMPATICĂ	RAMURA PARASIMPATICĂ
Se activează în timpul stărilor de stres pozitiv și negativ, inclusiv: orgasm, furie, disperare, teroare, anxietate/panică, traumă	Stările de activare includ: odihnă și relaxare, excitare sexuală, fericire, mânie, mâhnire, tristeţe
Semne observabile Respiraţie accelerată Ritm cardiac (puls) accelerat Tensiune arterială ridicată Dilatare a pupilelor Culoare pală a pielii Transpiraţie crescută Piele rece (posibil umedă) Reducere a digestiei (și peristaltism)	**Semne observabile** Respiraţie mai lentă, mai profundă Ritm cardiac (puls) mai lent Tensiune arterială scăzută Contractare a pupilelor Culoare îmbujorată a pielii Pielea uscată la atingere (caldă de obicei) Creștere a digestiei (și peristaltism)
În timpul evenimentelor traumatice reale SAU în timpul flashback-urilor (vizuale, auditive și/sau senzoriale) Pregătire pentru mișcare rapidă, conducând spre reflexele posibile de luptă sau fugă	**În timpul evenimentelor traumatice reale SAU în timpul flashback-urilor (vizuale, auditive și/sau senzoriale)** Poate funcţiona de asemenea simultan cu activarea simpatică, mascând-o, conducând la imobilitate tonică: reflexul de încremenire (precum un șoarece face pe mortul când este prins de o pisică). Este marcată de semne simultane de activare simpatică și parasimpatică ridicată.

În circumstanţe normale, ramurile SNP și SNS ale SNA funcţionează în echilibru una cu cealaltă (vezi Tabelul 3.1). SNS este activat în primul rând în stările de stres, atât pozitive, cât și negative. SNP este activat înainte de toate în stările de odihnă și relaxare, de plăcere, excitare sexuală și altele. Ambele ramuri sunt în permanenţă implicate: cu toate acestea, de obicei una este mai activată și cealaltă suprimată – precum braţele unei balanţe. Când o parte este sus, cealaltă este jos. Cu alte cuvinte, în situaţii normale ele se balansează constant într-un echilibru complementar una cu cealaltă (Bloch, 1985). Următorul scenariu ilustrează echilibrul interactiv al SNS și SNP:

> *Dormi liniștit; SNP este activ, iar SNS este suprimat. Apoi te trezești și îți dai seama că ai fixat greșit alarma de trezire și că deja ai întârziat o oră la serviciu. SNS se activează brusc; ritmul cardiac ți se accelerează, te trezești instantaneu. Te miști repede – faci duș, te îmbraci, apoi sari în mașină și o accelerezi să ajungi pe drum. Când ajungi la prima intersecție observi ceasul de pe turnul bisericii și realizezi că acesta era weekendul în care începea ora de iarnă și ceasul a fost dat înapoi cu o oră; nu ești în întârziere, până la urmă. SNS își reduce activitatea și SNP și-o intensifică. Ritmul cardiac ți se încetinește; respiri mai ușor și îți continui călătoria mai relaxat. Cu toate acestea, când ajungi la serviciu îți dai seama că ai suprapus două programări la prima oră și trebuie să te confrunți cu doi clienți enervați. SNS se accelerează din nou, suprimând SNP...*

Acest lucru se petrece de-a lungul unei zile normale, SNS și SNP se balansează în echilibru unul cu celălalt, pentru a face faţă varietăţilor de stres și solicitărilor caracteristice vieţii de zi cu zi. Cu toate acestea, ceva foarte diferit se întâmplă în timpul celei mai extreme forme de stres, stresul traumatic. Mai întâi sistemul limbic comandă SNS să pregătească corpul pentru luptă sau fugă. Însă dacă acest lucru nu este posibil – nu există suficient timp, putere și/sau rezistenţă pentru a reuși – sistemul limbic comandă corpului să rămână imobil.

Exemplul de imobilitate observat cel mai frecvent este cel al șoarecelui care „face pe mortul" când este prins de o pisică. Imaginea aceasta este utilă celor cu TSPT care au încremenit în faţa ameninţării mortale, deoarece ei se pot raporta la dilema șoarecelui, precum și la reacţia fiziologică a acestuia. În mod instinctiv, un șoarece va fugi dacă sistemul său limbic estimează că poate să scape. Precum în cazul tuturor animalelor care se confruntă cu o ameninţare, SNS se activează în mod drastic pentru a face faţă cerinţei de luptă sau (în acest caz) de fugă. Dacă, însă, șoarecele este capturat, sau dacă pisica îl înhaţă în timpul încercării sale de a fugi, șoarecele va „face pe mortul". Acesta își va pierde tonusul muscular, precum o păpușă de cârpă. Potrivit lui Gordon Gallup (1977) și lui Peter Levine (1992, 1997), mecanismul care se află cel mai probabil la baza acestei reacţii hipotonice, *imobilitatea tonică*, este un dezechilibru neobișnuit în SNA. În această situaţie extremă SNS va rămâne activat, în timp ce SNP devine în mod simultan activat extrem, mascând activitatea SNS, cauzând „moartea" șoarecelui. Acest fenomen are mai multe scopuri evolutive, inclusiv bazarea pe probabilitatea că pisica își va pierde interesul (felinele nu consumă carne moartă decât dacă sunt foarte înfometate), prilejuind posibilitatea eliberării. Analgezia reprezintă de asemenea o funcţie importantă a imobilităţii tonice, amorţind corpul și mintea. În cazul în care pisica mănâncă șoarecele, durerea și groaza morţii vor fi considerabil diminuate în această stare de paralizie (Gallup & Maser, 1977; Levine, 1992, 1997).

Ceva similar pare să se întâmple cu oamenii, când sunt ameninţaţi mortal. Interviuri cu persoane care au căzut de la mari înălţimi sau care au fost sfârtecaţi de animale și au supravieţuit relevă faptul că aceștia au tendinţa să intre într-un tip de stare modificată, în care nu mai simt frică sau durere. Violul este un alt exemplu. Este specific pentru victimele violului să

ajungă la un anumit punct în care sunt efectiv incapabile să reziste. Corpul rămâne fără vlagă și multe victime raportează că au intrat într-o stare modificată în acea perioadă de timp. Multe victime ale violului suferă de o cumplită rușine și vinovăție din cauza acestui fapt. Este deosebit de frustrant că încă mai aflăm despre cazuri de viol care nu au fost admise în instanță pentru că victima nu a ripostat. „A face pe mortul" și a fi incapabil să ripostezi reprezintă reacții frecvente la violența fizică, precum violul și tortura (Suarez & Gallup, 1979). Modul în care o persoană reacționează automat/instinctiv la o situație care îi amenință viața depinde de mulți factori, inclusiv de instinctele acesteia și de resursele ei fizice și psihologice. Bruce Perry și colegii (1995) au propus ipoteza că bărbații reacționează la amenințare mai frecvent prin luptă și fugă, iar femeile și copiii prin imobilitate sau prin a face pe mortul. Teoria lor are sens, deoarece bărbații au adesea mai multe resurse fizice – o putere, viteză și agilitate structurală mai mare – decât femeile și copiii. În plus, acest lucru se poate datora comportamentului învățat, deoarece bărbații și femeile sunt condiționați să reacționeze diferit la amenințare. Acesta reprezintă un alt domeniu bogat în subiecte de cercetare. (*Charlie a leșinat când a fost atacat. În acest moment nu se cunoaște dacă leșinul reprezintă o formă de imobilitate tonică, dar reprezintă o consecință probabilă a unui SNA copleșit.*)

Înțelegerea modului de funcționare a SNA ajută la explicarea vulnerabilității la stres a celor cu TSPT. TSPT este caracterizat, în parte, de hiperexcitarea cronică a SNA. Sistemul este în permanență stresat. O persoană cu un echilibru normal al SNA va fi capabilă să balanseze creșterile și descreșterile excitației. Când apare un stres nou, SNS trece de la o excitație redusă sau absentă la una înaltă și apoi revine la poziția anterioară, când stresul este rezolvat. Pentru persoanele cu TSPT tabloul este diferit: când SNS este în permanență într-o stare

de excitație ridicată, adăugarea unui nou stres crește și mai mult excitația; este ușor să se depășească limita, făcându-le să se simtă copleșite. Această dificultate este familiară multor persoane cu TSPT, care se întreabă de ce nu pot face față stresului zilnic precum toți ceilalți sau cum reușeau în trecut.

SISTEMUL NERVOS SOMATIC: MUȘCHI, MIȘCARE ȘI MEMORIE KINESTEZICĂ

Sistemul nervos somatic (SNSom) este responsabil pentru mișcarea voluntară executată prin intermediul contractării mușchilor scheletici. Cunoașterea modului de funcționare a SNSom este semnificativă pentru înțelegerea mecanismului prin care evenimentele traumatice pot fi reactualizate implicit prin intermediul codificării posturii și mișcării.

În principiu, singurul lucru pe care un mușchi îl poate face în mod activ este să se contracte. Aceasta este tot. Un mușchi se contractă când primește un impuls prin intermediul nervului care îl deservește. Impulsurile pentru contractarea mușchilor viscerali sunt transmise în primul rând prin nervii sistemului nervos autonom (SNA); impulsurile pentru contractarea mușchilor scheletici sunt transmise prin nervii SNSom. Atât timp cât un mușchi continuă să primească impulsuri neuronale, el continuă să fie contractat. Când ridicăm un obiect greu, de exemplu, mai mulți mușchi sunt stimulați să se contracte, ei rămânând contractați până când obiectul este eliberat. Încordarea musculară reprezintă un proces activ care constă în contracție musculară continuă. Relaxarea, înțeleasă de obicei drept un proces activ, „Hei, doar relaxează-te", este de fapt o stare pasivă. Ea reprezintă absența impulsurilor neuronale, lipsa contracției.

Pentru a mișca oricare parte a corpului în orice fel, în orice direcție, este necesară contractarea a cel puțin unui mușchi scheletic.

Privește-ți palma mâinii stângi. Încearcă să-ți depărtezi degetul mic stâng de celelalte degete ale acelei mâini fără a mișca restul mâinii sau celelalte degete.

Această mică mișcare este realizată printr-un impuls neuronal declanșat de cuvintele din propoziția anterioară. Impulsul este transmis de la creier de-a lungul nervului ulnar și cauzează contracția mușchiului *abductor digiti minimi* din mâna stângă, făcând ca degetul mic să se depărteze de celelalte degete. Când degetul nu se mișcă intenționat într-o parte, el va reveni alături de celelalte degete. Acea mișcare discretă este cauzată de fapt de non-contracția (relaxarea) mușchiului abductor digiti minimi.

Majoritatea mișcărilor fizice sunt mult mai complexe, fiind realizate prin contracții și non-contracții musculare multiple, simultane și/sau consecutive.

În continuare încearcă să îți miști degetul arătător drept pentru a-ți atinge nasul cu o mișcare lentă.

Această mișcare simplă este compusă de fapt din mai multe contracții musculare – unele consecutive, altele simultane – și din relaxări. Mușchi specifici sunt stimulați să se contracte pentru a îndrepta degetul, a închide mâna, a întoarce mâna, a îndoi cotul și a ridica brațul. În același timp, sunt alți mușchi care trebuie sa rămână non-contractați (relaxați) pentru ca brațul să se îndoaie și să permită îndepărtarea cotului de corp. Toate aceste elemente sunt necesare pentru realizarea a ceea ce pare a fi o singură și simplă mișcare de atingere a nasului cu degetul arătător. SNSom este cel care comandă mișcarea, iar simțul kinestezic este cel care îi asigură exactitatea.

Prin intermediul SNSom sunt realizate comportamentele, mișcările și operațiile fizice. Acestea sunt percepute prin intermediul nervilor interoceptivi și proprioceptivi. Este nevoie de ambele seturi de nervi pentru ca o mișcare să fie codificată și înregistrată drept memorie implicită. Nervii somatici cauzează o mișcare, iar nervii interoceptivi ne transmit senzația acesteia. Sistemul interoceptiv este cel care ne ajută să știm că facem mișcarea corectă, mai ales când nu observăm ceea ce facem.

Pentru ca o operație, o mișcare sau un comportament nou să fie păstrat în memorie, nervii proprioceptivi de la mușchi, tendoane și țesutul conjunctiv scheletic – ligamente și fascii – transmit creierului informații despre poziție, postură și acțiune prin intermediul nervilor aferenți. Pentru ca o operație, o mișcare sau un comportament vechi să fie readus în utilizare, aceleași scheme trebuie să fie activate și apoi retransmise prin intermediul nervilor eferenți, prin SNSom și prin sistemul proprioceptiv, către mușchii și țesuturile conjunctive potrivite. SNSom va cauza contracția mușchilor necesară pentru îndeplinirea mișcării. Nervii proprioceptivi vor oferi feedback despre corectitudinea mișcării.

Când este învățată o nouă secvență comportamentală, pot fi stocate simultan imagini asociate cu acea experiență de învățare (pozitivă sau negativă). În momentul în care aceeași secvență comportamentală este repetată, acele imagini sunt uneori și ele reactualizate.

Ai învățat vreodată un copil să își lege șireturile de la pantofi? Eu am făcut acest lucru anul trecut și îmi aduc aminte că a fost puțin exasperant. Deoarece eu îmi legam propriile șireturi de mulți, mulți ani, procesul era total automat. A durat câteva minute doar să mă gândesc la cum fac acest lucru și puțin mai mult să fiu capabilă să comunic manevra tinerei mele prietene. M-am străduit să descriu pur și simplu ceea ce pentru degetele mele a devenit automatism cu mult timp în urmă. Odată ce am conștientizat procedura, a trebuit să o încetinesc și mai mult și să o descompun în pași mici pe care copila să

îi poată urma. Timp de ani, fără să mă gândesc la asta, fiecare mână a „știut" care șiret să apuce, în ce mod să îl suprapună peste celălalt etc. A constituit o mare provocare să mă gândesc în mod hotărât la ceea ce făceam și, mai mult, să explic acest lucru. Câteodată am devenit confuză și, în timp ce mă aflam în plin proces, mi-am amintit scurte imagini cu tatăl meu învățându-mă să îmi leg șireturile de la pantofi în același mod. Acele imagini erau declanșate de situație, de temă, de mișcările reproduse sau de o combinație a tuturor acestor elemente? Până la urmă am fost capabilă să explic în mod competent și să demonstrez procedura cu încetinitorul. Tânăra mea prietenă a privit cu un mare interes și a încercat să îmi imite fiecare mișcare. Dar pentru ea, bineînțeles, era ceva nou și a încercat de multe ori până când a reușit o dată și de și mai multe ori ca să reușească în mod constant. A trebuit să se concentreze intens pe ceea ce făceau degetele sale în fiecare moment. Până-n săptămâna următoare, a stăpânit foarte bine tehnica. Acea experiență m-a făcut să mă gândesc: mă întreb dacă își va aduce aminte unele dintre aceste imagini cu mine învățând-o când, adult fiind, se va implica în comportamentul de a învăța un copil să își lege șireturile în același mod? Își va aduce aminte de mine când va reproduce aceleași mișcări?

TRAUMĂ, APĂRARE ȘI SISTEMUL NERVOS SOMATIC

Sistemul nervos autonom, printre altele, direcționează circulația sângelui dinspre organe și piele spre mușchi pe durata reacțiilor de luptă, fugă și încremenire. Sistemul nervos somatic comandă musculaturii să îndeplinească reacția. Nu ar mai exista nici luptă, nici fugă fără mișcările rapide și puternice ale mușchilor controlați de acesta. Starea de imobilitate tonică ar fi de asemenea imposibilă în lipsa acțiunii sale.

Comportamentul defensiv poate fi instinctiv sau învățat prin instruire sau condiționare. Chiar și reflexele de apărare, în mod obișnuit instinctive, trebuie să fie uneori învățate. Unor bebeluși născuți prematur le va lipsi, de exemplu, reflexul de cădere. Mulți dintre aceștia pot fi învățați să își întindă mâinile și brațele în față pentru a-și reduce căderea. În asemenea

circumstanțe, impulsurile neuronale specifice trebuie să fie antrenate pentru a reacționa în mod automat la semnalul de cădere.

Alte tipuri de antrenament pot contribui foarte mult la pregătirea persoanelor pentru a face față anumitor tipuri de incidente stresante sau traumatice, întărindu-le încrederea în sine. De exemplu, multe femei și bărbați care au fost victime ale atacurilor sau violurilor au beneficiat de pe urma antrenamentelor de auto-apărare, care reactivează reacțiile normale de luptă și formează strategii protective adiționale. Antrenamentul de auto-apărare este îndeplinit prin practicarea repetată a mișcărilor de apărare, construind tipare sinaptice care se vor repeta în mod spontan în situația de amenințare.

Siguranța în școli și la serviciu depinde de asemenea de formarea unor reacții și comportamente automate. Simulările de incendii, de cutremure și de alte situații de urgență previn panica prin repetarea unor comportamente precise (unde să te duci și ce să faci) și uneori a unor mișcări specifice (să te adăpostești sub un birou).

Condiționarea operantă joacă de asemenea un rol în aceste cazuri. Reacțiile de luptă, de fugă și de imobilizare nu sunt doar comportamente instinctive; ele sunt supuse influenței – pozitive și negative – potrivit măsurii în care au avut succes sau insucces când au fost utilizate în realitate. Când un comportament de apărare are succes, el este înregistrat ca fiind eficient; șansa ca același comportament să fie utilizat într-o situație amenințătoare ulterioară crește. În același mod, când un comportament defensiv eșuează, șansa de a-l repeta descrește. De exemplu, dacă un băiat este hărțuit de un grup de bătăuși și are succes în a se apăra, mai târziu, ca și adult, va fi mai predispus să adopte o postură defensivă în cazul în care va fi amenințat. Dacă însă el este înfrânt de bătăuși și, mai mult, intră în starea de imobilitate tonică, în cazul în care va fi ame-

ninţat ca și adult, el va fi mai predispus să rămână imobilizat. Nu întotdeauna este nevoie de repetiţia unui comportament pentru ca acesta să fie codificat și stocat. Comportamentele asociate cu incidentele traumatice pot fi stocate instantaneu prin intermediul SNSom. În unele cazuri este nevoie doar de un incident traumatic în care comportamentul defensiv să fi fost imposibil sau eșuat, pentru ca acesta să fie eliminat din repertoriul protectiv al persoanei. (*Vezi cazul lui Daniel de la pag. 139 pentru un exemplu de aplicare a repetiţiei comportamentale ca și resursă în ședinţa de terapie. Concluzia terapiei lui Charlie la pag. 242 ilustrează de asemenea acest principiu.)*

REACTUALIZAREA MEMORIEI TRAUMATICE ȘI SISTEMUL NERVOS SOMATIC

Tocmai erai în sufragerie și vroiai ceva. Intri în bucătărie și... „De ce am venit aici?" Te scarpini în cap. Înjuri. Nu-ţi poţi aminti. Îţi storci creierii. Te întorci în locul unde a apărut intenţia, asumând aceeași postură în care erai la acel moment – BINGO! „Acum mi-am amintit!"

Strategia de reactualizare nu funcţionează întotdeauna, însă funcţionează suficient de des pentru ca multe persoane să o folosească. Ce anume din reluarea unei anumite posturi corporale, una avută în momentul în care a fost generată ideea, ajută la reamintire? După cum am menţionat anterior, teoria actualizării dependente de stare afirmă faptul că dacă te întorci la starea în care erai în momentul în care o informaţie a fost codificată, o poţi recupera. Deși de obicei aceasta este discutată în legătură cu stările interne, actualizarea dependentă de stare este extrem de relevantă pentru stările posturale.

Actualizarea dependentă de stare poate fi uneori declanșată prin intermediul SNSom, prin asumarea din întâmplare

(sau intenţionat) a unei posturi inerente unei situaţii traumatice. Când este utilizată intenţionat, aceasta poate sprijini posibilitatea reamintirii și/sau restabilirea resurselor comportamentale. Refacerea mișcărilor implicate într-o cădere sau într-un accident auto poate realiza adesea acest lucru. Totuși, când o actualizare dependentă de stare apare în mod neașteptat, poate cauza haos:

O femeie în vârstă de aproximativ 35 de ani a solicitat psihoterapie pentru panica apărută în timp ce făcea dragoste cu soţul ei. În mod accidental, își prinsese braţul sub ea într-o poziţie incomodă, provocând amintiri ale unui viol peste care crezuse că trecuse de mult. Violatorul îi imobilizase același braţ sub ea, în aceeași poziţie.

Mișcările cauzate de SNSom pot adesea să fie utilizate pentru a facilita actualizarea dependentă de stare în mod intenţionat. Urmărirea unor nuanţe ale mișcării poate fi utilă de asemenea. Următorul caz ilustrează modul în care focalizarea pe o mișcare aparent trivială are potenţialul de a cataliza psihoterapia unei traume.

Fiica în vârstă de 3 ani a Carlei a murit în urmă cu patru ani. Carla a devenit fixată pe oroarea bolii acesteia și nu a fost capabilă să vorbească despre moartea copilului ei și să prelucreze semnificaţia pierderii ei. În timpul unei ședinţe de psihoterapie, Carla a menţionat una dintre consultaţiile medicale; și-o amintea ca fiind extrem de dificilă, însă nu își putea aminti din ce motiv. Pe măsură ce vorbea, am observat capul Carlei realizând un mic spasm spre partea dreaptă. I-am atras atenţia în legătură cu acest lucru. Nu fusese conștientă, însă l-a observat când i l-am menţionat. Am încurajat-o să lase mișcarea să se dezvolte, dacă putea. Încet, mișcarea a devenit mai mare, transformându-se într-o întoarcere evidentă a capului spre dreapta. În momentul în care capul ei a făcut o întoarcere completă, Carla a început să plângă. Atunci și-a amintit. La acea consultaţie, ea stătea cu faţa la doctor, însă în partea ei dreaptă

era radiografia iluminată care spunea povestea destinului fiicei sale; ea nu fusese capabilă să se uite la aceasta. La acea consultație Carla a aflat pentru prima dată că fiica sa nu va putea supraviețui. Realizarea acestei legături a constituit un pas important care a ajutat-o pe Carla să depășească oroarea diagnosticului și să înceapă doliul legat de pierderea ei.

SNSom are multe funcții în experimentarea traumei. Acesta pune în aplicare răspunsurile de apărare la traumă, de luptă, fugă și imobilizare, prin intermediul unor combinații simple și complexe de contracții musculare care au ca rezultat poziții, mișcări și comportamente specifice. De asemenea, SNSom ia parte, în cooperare cu proprioceptia, la codificarea experiențelor traumatice în creier. Reactualizarea memoriei somatice se poate realiza când sunt reproduse aceleași poziții, mișcări și comportamente, fie intenționat sau din întâmplare.

EMOȚIILE ȘI CORPUL

Emoțiile, deși interpretate și denumite de către intelect, sunt în mod integral o experiență a corpului. Fiecare emoție arată diferit pentru un observator și are o expresie corporală diferită. Fiecare emoție este caracterizată de un tipar discret de contracții ale mușchilor scheletici, vizibile la nivelul feței și al posturii corporale (sistemul nervos somatic). De asemenea, fiecare emoție este *simțită* în mod diferit în interiorul corpului. Diferite tipare de contracții ale mușchilor viscerali sunt perceptibile sub formă de senzații corporale (senzații interne). Aceste senzații sunt transmise apoi creierului prin intermediul nervilor proprioceptivi. Modul în care o emoție arată din exteriorul corpului, în expresia facială și în postură, o comunică celorlalți din mediul nostru înconjurător. Modul în care o emoție este simțită în interiorul corpului o comunică propriei

persoane. Într-o mare măsură, fiecare emoție este rezultatul interacțiunii dintre sistemele nervoase senzorial, autonom și somatic și este interpretată la nivelul cortexului creierului.

În limba engleză este puțin dificil de realizat diferențierea dintre experimentarea conștientă a emoțiilor și senzațiile corporale. Cuvântul „simțire" este folosit de obicei pentru ambele: „Mă *simt* trist" și „*Simt* un nod în gât". Poate că nu este întâmplător că „a simți" exprimă ambele experiențe, o recunoaștere semantică a faptului că emoțiile sunt compuse din senzații corporale. Cu toate acestea, o posibilă clarificare a confuziei poate fi realizată prin distingerea între sentimente, emoții si afecte. Donald Nathanson (1992) a abordat această dilemă. El delimitează afectul drept aspectul biologic al emoției și sentimentul drept experiența conștientă. El sugerează că memoria este necesară pentru a crea o emoție, în timp ce afectele și sentimentele pot exista fără memoria unei experiențe anterioare.

Faptul că emoțiile sunt conectate de corp într-un anumit mod nu ar trebui să reprezinte o surpriză. Vorbirea de zi cu zi este plină de fraze – în multe limbi – care reflectă legătura dintre emoție și corp, dintre psihic și somatic. Iată câteva exemple:

Furie – Îmi dă dureri de cap.
Tristețe – Sunt sugrumată de durere.
Dezgust – Îmi provoacă greață.
Fericire – Aș putea exploda de fericire!
Frică – Am fluturi în stomac.
Rușine – Nu te pot privi în ochi.

Există de asemenea aspecte ale senzației fizice a emoției – modul în care o emoție este simțită în corp – care sunt în general comune oamenilor:

Furie – tensiune musculară, în special la nivelul maxilarului și al umerilor
Tristețe – ochi umezi, „nod" în gât
Dezgust – greață
Fericire – respirație profundă, suspine
Frică – puls crescut, tremurat
Rușine – temperatură crescută, în special la nivelul feței

Și comportamente fizice tipice care corespund fiecărei emoții:

Furie – țipat, ceartă, luptă
Tristețe – plâns
Dezgust – depărtare
Fericire – râs
Frică – fugă, tremur
Rușine – ascundere

Și, bineînțeles, multe expresii emoționale faciale și posturale sunt recunoscute cu ușurință de către observator (deși unele sunt mult mai subtile):

Furie – maxilar încleștat, gât înroșit
Tristețe – lacrimi curgând, ochi înroșiți
Dezgust – nas încrețit cu buza de sus ridicată
Fericire – (unele tipuri de) zâmbet, ochi luminoși
Frică – ochii măriți cu sprâncenele ridicate, tremur, paloare
Rușine – înroșire, evitarea privirii

Emoțiile sunt exprimate încă din primele momente de viață petrecute în afara pântecului. Plânsetul specific al nou-născutului când respiră pentru prima dată poate fi interpretat drept o primă expresie a emoției. Nou-născutul are un repertoriu emoțional limitat. La început este capabil doar să distingă între disconfort și confort, reacționând prin plâns la cel dintâi și prin calm la cel de-al doilea. În timpul primelor săptămâni de viață, emoțiile distincte au o amplitudine limitată. Cu toate acestea, numărul lor crește rapid, copilul diferențiind nuanțe între gradele de disconfort și confort.

Există mai multe modele teoretice ale emoției. Maniera de a denumi afectele individuale reprezintă un subiect de dezbatere, deși majoritatea modelelor includ anumite forme de „furie", „tristețe", „frică", „dezgust", „fericire" și „rușine" pe listele lor. Modul în care o persoană își numește propriile emoții variază, bineînțeles, în funcție de felul în care emoțiile au fost denumite în familia și cultura sa. Cu toate acestea, preocuparea noastră în cadrul acestui capitol nu este reprezentată de modalitatea în care o emoție este denumită. Ceea ce este semnificativ pentru această parte a discuției despre traumă și corp reprezintă modul în care o emoție este simțită și exprimată.

O ISTORIE SELECTIVĂ A LEGĂTURII EMOȚIE – CORP

Studiul cros-cultural al lui Charles Darwin

Charles Darwin a fost primul om de știință care a investigat în mod sistematic universalitatea emoției și trăsăturile somatice ale expresiei emoționale la om. În anul 1867, el a studiat un grup internațional de misionari și alte persoane care trăiau în diverse zone ale globului, în diferite culturi: aborigenă, indiană, africană, amerindiană, chineză, malaeză și ceyloneză. El a adresat întrebări specifice pentru a afla dacă tipurile de emoții precum și expresiile lor observabile rămâneau constante în cadrul diferitelor culturi. A descoperit nu numai faptul că existau multe aspecte comune între toate tipurile de emoții din cadrul unor culturi fără legătură între ele și uneori izolate,

însă existau aspecte comune și ale expresiei somatice ale acelor emoții (Darwin, 1872/1965). Când analizăm opera lui Darwin, nu mai putem avea îndoieli legate de faptul că emoțiile și corpul sunt conectate în toată lumea.

Teoria afectelor a lui Tomkins

Teoria afectelor a lui Silvan Tomkins s-a născut simultan cu primul său copil. Pe când asista la acel eveniment important, a fost intrigat de izbucnirea emoțională a copilului, fiind uimit de similaritatea dintre expresiile plânsului unui nou născut și cel al unui adult. Pornind de la acest imbold, studiul său s-a extins, cuprinzând identificarea similarității expresiilor emoționale de-a lungul generațiilor. El a fost interesat cel mai mult de clasificarea fiecărui afect identificat în funcție de expresia sa fizică, luând în considerare nu doar caracteristicile faciale ale fiecăruia, dar și modificările de la nivelul posturii corporale. Donald Nathanson (1992) a dus teoria lui Tomkins chiar mai departe.

Teoria creierului emoțional a lui Joseph LeDoux

Teoriile lui Joseph LeDoux despre relația dintre corp și emoții sunt foarte cunoscute și extrem de respectate. El admite interdependența dintre creier și corp, precum și dintre creier și expresiile corporale ale emoțiilor. El consideră că funcțiile evolutive ale emoțiilor sunt asociate cu supraviețuirea – atât în ceea ce privește adaptarea la medii ostile, cât și perpetuarea speciei prin intermediul procreării (LeDoux, 1996).

Teoria markerului somatic a lui Antonio Damasio

Neurologul Antonio Damasio a lucrat cu și a studiat indivizi care prezentau deteriorări la nivelul unor regiuni ale

creierului asociate emoțiilor. El a descoperit faptul că emoțiile sunt necesare procesului de gândire rațională. Mai mult, el a descoperit că senzațiile corporale sunt semnale pentru conștientizarea emoțiilor. Damasio (1994) a ajuns la concluzia că pentru a putea lua o decizie rațională, o persoană trebuie să fie capabilă să simtă consecințele acelei decizii. Nu este suficientă doar proiectarea în viitor a unui raționament cognitiv, ceea ce contează este *să fie simțit*.

Potrivit lui Damasio, o emoție este un conglomerat de senzații care sunt experimentate în diferite grade, pozitive și negative. Ele alcătuiesc ceea ce el numește *markeri somatici*, care sunt utilizați pentru a ajuta în ghidarea procesului de luare a deciziilor. Adică senzațiile corporale stau la baza emoțiilor și reprezintă fundamentul evaluării consecințelor, al deciderii direcției de acțiune și al identificării preferințelor.

Cel mai ușor de recunoscut exemplu al funcției markerilor somatici este reprezentat de tipurile de alegeri pe care oamenii le fac în fiecare zi pe baza „instinctului" („*gut feeling*").

BAZA SOMATICĂ A EMOȚIEI

Următorul exercițiu, compus din patru părți, are scopul de a oferi o experiență directă a ceea ce se înțelege prin baza somatică a emoției.

Pentru început, acordă-ți un minut pentru a trece în revistă senzațiile corpului tău din acest moment. Observă-ți respirația – unde are loc și cât este de profundă. Care este temperatura pielii tale – este aceeași peste tot? Verifică-ți ritmul cardiac – subiectiv sau prin măsurarea pulsului. Observă-ți poziția umerilor – sunt ridicați, căzuți sau încovoiați? Sunt tensionați sau relaxați? Acordă atenție senzațiilor din stomac – de relaxare, tensiune, fluturi, foame etc. În final, observă dacă îți miști, îți răsucești sau îți înclini corpul sau vreo parte a acestuia într-un anumit mod.

În a doua parte, gândește-te la emoția de mânie. Adu-ți aminte ultima dată când ai fost mânios. Poți să actualizezi ceva din acel sentiment? Din ce motiv erai mânios și pe cine? Ce ai spus și/sau gândit? Mai sunt urme ale acelei emoții? Trece-ți din nou în revistă respirația, temperatura pielii, ritmul cardiac, poziția și tensiunea umerilor, senzațiile din stomac. Observă-ți de asemenea poziția, postura sau comportamentul. S-a schimbat ceva de la prima examinare: semne involuntare, încordare musculară, mișcări?

În a treia parte, amintește-ți o situație în care te-ai simțit fericit și în siguranță. Unde erai? Ce haine purtai? Cu cine erai? Adu-ți aminte scena cu cât mai multe detalii vizuale, auditorii și senzoriale poți aduce laolaltă. Ce simți în corp? S-a schimbat ceva față de sentimentul de furie? Ai aceeași încordare musculară? Dar ritmul cardiac? Zâmbești?

În a patra parte, adu-ți aminte o dată când ai simțit frică. Nu alege cel mai mare eveniment traumatic din experiența ta, ci o situație de frică de mică intensitate. Ce anume te-a speriat? Când rememorezi acum, ce se întâmplă în corpul tău? Respiri diferit? Ți s-a schimbat ritmul cardiac? Mușchii au devenit tensionați sau flasci? Care este temperatura mâinilor și picioarelor tale?

Înainte de a încheia experimentul, revino la amintirea momentului în care te-ai simțit fericit și în siguranță. Amintește-ți imaginea locului, a activității și a celorlalte persoane care erau prezente. Ce simți în corpul tău acum?

EMOȚIILE ȘI TRAUMA

Mânia / furia

Mânia este o emoție de auto-protejare. Ea poate implica un efort de a preveni lezarea sau poate indica o limită. De asemenea, ea reprezintă o reacție obișnuită în condițiile în care ești amenințat, rănit sau speriat sau către persoana care a provocat-o. Mânia poate escalada în furie când amenințarea este extremă sau când nu sunt respectate afirmațiile „Nu face asta!" sau „Oprește-te!". Când mânia sau furia devin cronice ca rezultat al traumei, în viața de zi cu zi a unei persoane pot apărea dificultăți. Mânia inadecvată sau orientată în mod greșit poate dăuna relațiilor interpersonale și stabilității profesionale; a provoca celorlalți mânie poate deveni un pericol în sine. De exemplu, câte cazuri de „furie în trafic" sunt provocate de o irascibilitate care își are rădăcinile în traume nerezolvate?

Anxietate / frică / teroare

Frica ne alertează în cazurile de pericol și de rănire potențială. Frica și anxietatea reprezintă emoții obișnuite pentru cei cu SPT și TSPT. LeDoux (1996) face distincția între cele două: el consideră că frica este stimulată de ceva din mediu, iar anxietatea este stimulată din interior. De asemenea, LeDoux concepe frica drept forța motrice a mai multor tulburări psihologice: fobii, tulburări anxioase, de panică și obsesiv-compulsive.

Teroarea este forma extremă a fricii. Ea este centrală în experiența traumei, fiind rezultatul (percepției) amenințării vieții. Biologia terorii implică axa HHC și activarea sistemului nervos simpatic, discutate anterior în cadrul acestui capitol. Odată ce s-a terminat trauma, de obicei teroarea se reduce și se transformă în frică, chiar și în cazul persoanelor care îi suportă consecințele negative. Cu toate acestea, în timpul unui flashback, teroarea se poate întoarce cu toată intensitatea ei inițială.

Una dintre problemele persoanelor cu SPT sau TSPT este aceea că frica persistă mult timp după ce amenințarea dispare, asociindu-se frecvent cu din ce în ce mai multe aspecte ale mediului înconjurător. Frica pe care ei au simțit-o în trecut din cauza unei amenințări externe devine o anxietate generată din interior. Așa cum am discutat anterior, acest lucru ar putea fi cauzat de producerea insuficientă de cortizol

sau de perceperea continuă a amenințării. Oricare ar fi cauza, rezultatul este debilitant. Când frica este atât de generalizată, funcția ei protectivă este împiedicată. Când totul este perceput ca fiind periculos, nu mai există discriminarea între ceea ce este cu adevărat primejdios sau nu. Este precum o alarmă antifurt care se declanșează tot timpul. Nu se știe niciodată când se declanșează din motive reale. Este tipic pentru cei cu TSPT să cadă pradă situațiilor periculoase. Sistemul lor intern de alarmă este atât de suprasolicitat, încât a devenit inactiv. Un rezultat al psihoterapiei traumei îl reprezintă restabilirea funcției protective a fricii.

Rușinea – dezamăgirea de sine

Rușinea este o emoție dificil de gestionat în orice context. Acest lucru este la fel de adevărat și în cazul rușinii care apare ca rezultat al traumei. Adesea indivizii cu TSPT prezintă o parte semnificativă de rușine implicată în tulburare. Este de așteptat ca rușinea să reprezinte o parte a TSPT când trauma este rezultatul unui abuz sexual sau al violului. Ne așteptăm mai puțin să o întâlnim în alte circumstanțe. Atunci de ce este rușinea o trăsătură atât de comună și în alte configurații traumatice? În aproape orice traumă nerezolvată se pune întrebarea „De ce nu am putut să opresc (să fac mai mult, să mă apăr, să fug etc.) ce s-a întâmplat?". Este posibil ca persoanele cu TSPT să creadă la un nivel profund că s-au dezamăgit pe sine (poate și pe alții) și/sau că ceva intrinsec este în neregulă cu ei, făcându-i să cadă victimă traumei. Bineînțeles că rușinea nu este singura forță motrice a TSPT, însă ea poate fi una importantă.

Una dintre dificultățile legate de rușine este aceea că nu pare să se exprime și elibereze în același mod cu celelalte sentimente: tristețea și suferința sunt eliberate prin intermediul

plânsului, furia prin intermediul țipatului și mersului apăsat, frica prin urlet și tremurat. Atunci ce poate fi făcut pentru alinarea rușinii, dacă ea nu se descarcă și nu se eliberează prin abreacție sau catharsis? Acceptarea și contactul par a fi cheia pentru dizolvarea rușinii. Deși aceasta lasă impresia că nu se descarcă, se pare că se disipează în situații foarte speciale – contactul plin de acceptare, necritic, cu o altă ființă umană.

Când analizăm rușinea, poate fi important să avem în vedere ambele părți ale ei. De obicei, ea este percepută drept o emoție teribilă, deoarece este groaznic să simți rușine. Cine ar vrea să simtă rușine? Cu toate acestea, rușinea, precum orice altă emoție, este importantă pentru supraviețuire. Frica, de exemplu, avertizează în caz de pericol, în timp ce furia îl informează pe celălalt să nu se mai apropie (la propriu sau la figurat). Atunci care este importanța rușinii pentru supraviețuire? Se pare că rușinea, cel puțin de-a lungul evoluției, a folosit la păstrarea comportamentului individului între limitele normelor culturale care susțin „supraviețuirea tribului". Ea socializează. În multe culturi rușinea constituie un element important al procesului de socializare. Este o emoție care timp de mii de ani a apărut când comportamentul unei persoane a amenințat nu numai propria persoană, ci și întregul său grup. Rușinea este acel element care ne oprește să ne comportăm în moduri care ne-ar putea dăuna nouă, familiilor și comunităților noastre. De fapt, ea poate reprezenta emoția care se află la baza formării conștiinței. Ca și emoție, rușinea nu este rea în totalitate. Este bine cunoscut faptul că acceptarea reprezintă primul pas spre rezolvarea oricărei stări emoționale nedorite, iar perceperea rușinii ca având o funcție pozitivă ar putea ajuta în realizarea acestui pas.

Suferința

Suferința este o reacție la pierdere sau la schimbare. Ea reprezintă o resursă grozavă în psihoterapia traumei și a TSPT.

Prin natura sa, suferința este un semn că o experiență a fost plasată în trecut. De obicei este un semn pozitiv dacă un client aflat în terapia traumei ajunge în etapa în care iese la suprafață suferința. Uneori un client se poate teme că suferința sa reprezintă o regresie în traumă, dar de obicei acest fapt înseamnă exact opusul, o înaintare către vindecare. Când se lucrează centrat pe conștientizarea corporală, majoritatea clienților vor observa că suferința lor îi ajută să se simtă mai rezistenți, mai puțin temători, dar și mai triști. Suferința apare de obicei în mai multe etape ale psihoterapiei traumei, când un aspect al traumei este rezolvat și experiența internă se schimbă de la prezent la trecut: „*Am fost* foarte speriat", „*A fost* îngrozitor" etc. În acest context suferința reprezintă un semn că are loc vindecarea.

EXPRESIA EMOȚIONALĂ INTEGRATOARE VERSUS DEZINTEGRATOARE – O PROPUNERE

Catarsis și *abreacție* sunt termeni folosiți deseori interșanjabil, pentru a descrie exprimarea emoțiilor în cadrul terapeutic. Catarsisul se referă de fapt la puterea purificatoare a emoțiilor în situațiile în care amintiri tulburătoare sunt scoase la suprafață în conștiință. Abreacția este descărcarea emoțională care însoțește adesea catarsisul. Indiferent de cum sunt denumite aceste izbucniri emoționale, trebuie avută foarte multă grijă cu ele, mai ales în ceea ce privește clienții care au suferit traume.

Există o dezbatere în curs de desfășurare în ceea ce privește utilitatea abreacției în psihoterapia TSPT. Când un client plânge sau își exprimă furia, nu este întotdeauna ușor să ne dăm seama dacă o asemenea exprimare emoțională ajută sau înrăutățește lucrurile. Problema dezbătută de obicei este aceea dacă abreacția ar trebui sau nu permisă sau încurajată. Când ajută abreacția și când nu?

Această dezbatere deschide calea către o importantă zonă de cercetare: cum se face diferența între abreacția integratoare și cea dezintegratoare. Este posibil ca observarea nivelului de excitare a sistemului nervos autonom (SNA) să dețină cheia distingerii între aceste două tipuri de expresie emoțională pe parcursul terapiei traumei – cea care pare a fi terapeutică și integratoare și cealaltă care ar putea fi dezintegratoare și posibil retraumatizantă?

Este posibil ca abreacția terapeutică să poată fi recunoscută prin semne distinctive ale primarității excitării parasimpatice: pielea se colorează, respirația este adâncă, cu apariția unor sunete emoționale la expirație. Pe de altă parte, abreacția dezintegratoare ar putea fi relevată de semne distinctive ale primarității excitării simpatice: pielea este palidă, uneori rece și umedă, respirația este rapidă, uneori sacadată, sunetele emoționale apărând mai mult la inspirație. Observarea SNA pentru a diferenția tipurile de descărcări emoționale ar putea facilita și simplifica într-o mare măsură procesul terapeutic.

CAPITOLUL IV

EXPRESII ALE TRAUMEI NEAMINTITE ÎNCĂ

Disocieri şi flashbackuri

Disocierea traumatică şi *flashback-urile traumatice* reprezintă două caracteristici ale TSPT care ies cel mai mult în evidenţă. Ambele se află la baza celor mai neplăcute simptome psihologice şi somatice. Aşa cum am menţionat anterior, disocierea poate reprezenta un factor constant în fiecare caz de TSPT. Anumite forme de flashback pot constitui de asemenea o constantă. Aceste două aspecte ale TSPT au loc împreună; nu este posibil să apară flashback-uri traumatice fără să existe o anumită formă de disociere, cu toate că disocierea poate avea loc fără flashback-uri.

Aşa cum am menţionat anterior, disocierea presupune o scindare a conştiinţei. În timpul unui eveniment traumatic, victima poate separa elemente ale experienţei, în acest mod reducând eficient impactul incidentului. Procesul de disociere presupune o separare parţială sau totală a aspectelor experienţei traumatice – atât a componentelor narative ale faptelor şi consecutivităţii, precum şi a reacţiilor fiziologice şi psihologice. Cel mai obişnuit tip de disociere este amnezia de diferite grade, însă există şi altele. O persoană poate deveni anesteziată

și să nu mai simtă durerea. O alta poate bloca simțirea emoțiilor. Altcineva și-ar putea pierde cunoștința sau s-ar putea simți ca decorporalizat. Cea mai extremă formă de disociere are loc când personalități întregi se separă din conștiință (tulburarea de identitate disociativă). Aceleași reacții și/sau altele pot fi încă funcționale mai târziu. O persoană poate continua să devină anesteziată când este stresată, să fie incapabilă să simtă emoții sau să se simtă decorporalizată când este anxioasă.

Un flashback reprezintă o reexperimentare a unei părți sau a întregului eveniment traumatic. Cele mai obișnuite flashback-uri sunt cele vizuale și auditive, însă termenul se poate aplica de asemenea unor simptome somatice care imită evenimentul traumatic într-un anumit fel. Indiferent de sistemul senzorial implicat, un flashback este foarte supărător, deoarece dă senzația că trauma ar continua sau s-ar întâmpla din nou.

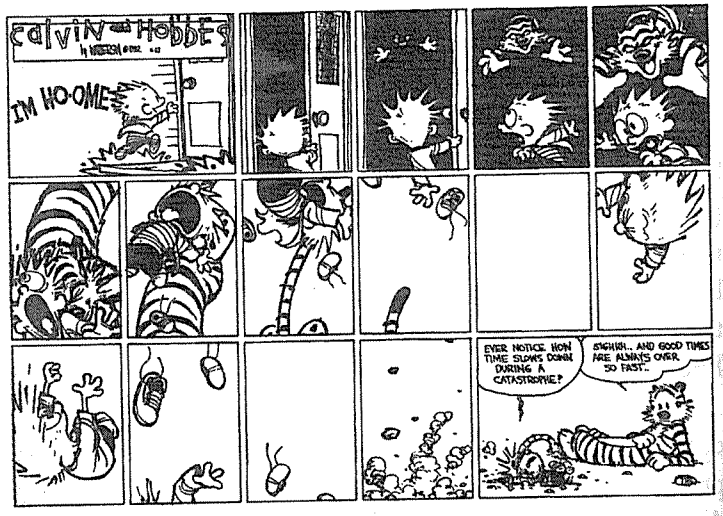
Oamenii cu SPT și TSPT își aduc aminte evenimentul(ele) traumatic(e) în mod diferit față de cele netraumatice. De fapt, acestea nu sunt încă „amintite" în sensul normal. „Memoria" implică de obicei localizarea unui eveniment în istoria personală – o poziție pe linia vieții. Memoria plasează o experiență în trecut, „Îmi aduc aminte când...". În cazul SPT și TSPT amintirile traumatice sunt disociate, existând liber în timp. Ele apar în prezent brusc și pe neașteptate, sub forma flashback-urilor.

DISOCIEREA ȘI CORPUL

Termenul *disociere* a făcut parte din lexicul psihologic timp de mai mult de o sută cincizeci de ani. A fost utilizat pentru prima dată de Moreau de Tours în 1845 (van der Hart & Friedman, 1989) într-o încercare de a înțelege isteria. Conceptul a fost dezvoltat în continuare de Pierre Janet începând cu anul 1887, odată cu articolul său „Anestezia sistematizată și fenomenul psihologic de disociere". Janet ar putea fi numit „tatăl disocierii", deoarece cercetarea sa în acest domeniu a pus bazele teoriilor actuale. El a pornit de la ipoteza că conștiința este formată din nivele variate, unele dintre ele putând fi menținute în afara conștienței. În cea de-a doua parte a secolului XX, cercetările lui Janet au fost redescoperite și aplicate teoriilor moderne despre disociere și TSPT (van der Hart & Friedman, 1989; van der Kolk, Brown & van der Hart, 1989).

Chiar dacă acest concept a fost utilizat o mare perioadă de timp, încă nu este cunoscută modalitatea în care se produce disocierea, cu toate că există foarte multe speculații. Aceasta pare a fi un fenomen neurobiologic care apare în situații de stres extrem. Nu se știe dacă reprezintă o încercare a corpului și a minții de a atenua impactul traumei sau un rezultat secundar al acesteia. Este posibil ca disocierea să reprezinte încercarea minții de a evada când fuga nu este posibilă (Loewenstein, 1993).

Persoanele care raportează fenomene disociative în timpul unor incidente traumatice le descriu astfel: „Era ca și cum am ieșit din corp", „Timpul s-a încetinit", „Am fost ca și mort și nu mai puteam simți vreo durere", „Tot ceea ce vedeam era pistolul, nimic altceva nu mai conta". Victima se poate încă simți disociată după un eveniment traumatic, continuând să se simtă „în afara propriei persoane" mult timp după terminarea incidentului. În cartea lui Sue Graftn (1990), *„G is for Gumshoe" (D este de la detectiv particular)*, protagonistul Kinsey Millhone descrie disocierea de la câteva ore după ce aproape fusese împușcat drept „Sufletul încă nu mi s-a întors în corp".



Calvin și Hobbes © 1992 Watterson. Retipărită cu permisiunea Universal Press Syndicate. Toate drepturile rezervate.

(*Explicația desenului*:
C: Am ajuns acasă.
C: Ai observat vreodată cum se încetinește timpul când are loc o catastrofă?
H: Și distracția întotdeauna se încheie atât de repede.)

În urma unui eveniment traumatic, fenomenele disociative pot continua timp de ani de zile sau chiar pot să apară pentru prima dată după mai mulți ani. Ele pot fi identificate prin existența amorțirii, a flashback-urilor, a depersonalizării, a amneziei parțiale sau totale, a experiențelor de ieșire din corp, a incapacității de a simți emoție, a comportamentelor „irațională" și inexplicabile și a reacțiilor emoționale care aparent nu au nici o bază reală. Este probabil ca orice caz de SPT sau TSPT să fie alimentat de o formă de disociere.

MODELUL DISOCIERII SICAS

Modelul disocierii SICAS al lui Peter Levine este cel mai util pentru conceptualizarea disocierii. Acesta se bazează pe

supoziția că orice experiență este compusă din mai multe elemente. Amintirea completă a unei experiențe presupune reactualizarea integrată a tuturor elementelor. SICAS* reprezintă acronimul pentru: Senzație, Imagine, Comportament, Afect și Semnificație (Levine, 1992). Acestea reprezintă elementele experienței identificate de Levine. El susține că elementele experiențelor foarte perturbatoare/traumatice pot fi disociate unele de altele. Această afirmație este bazată pe premisa că experiențele mai puțin supărătoare rămân intacte în memorie. Un exemplu simplu al unei experiențe complete poate fi găsit în amintirea cinei din seara trecută:

Am mâncat o cină mexicană. Și acum mai pot simți îmbucătura de chili în gura mea (senzație). Îmi pot vizualiza farfuria cu varietatea de culori (imagine). În gura mea este mai multă salivă și un impuls de a înghiți (comportament). Mă simt bucuros și liniștit când îmi amintesc plăcuta masă (emoție). Și ea a reprezentat o pauză relaxantă de la muncă (semnificație).

Amintirile asociate cu un nivel mai mare de stres pot fi de asemenea reactualizate în întregime.

Când Karen era în vârstă de aproximativ 6 ani, a căzut dintr-un leagăn prins într-un copac. Când a descris incidentul în timpul unei ședințe de psihoterapie, adult fiind, și-a amintit că era împinsă de la spate: „Pot simți mâinile pe spatele meu și senzația de cădere din stomac de la mișcarea vâjâită a leagănului (senzație). Pot vedea solul de dedesubt pe măsură ce mă duc cu leagănul în spate și apoi cerul de deasupra după ce cad (imagine). Mă simt puțin neliniștită și apoi furioasă când îmi aduc aminte (emoție) și nu mai respir atât de adânc (comportament). Îmi amintesc cum simțeam că nu mai aveam control, deoarece fata caredesen mă împingea nu se mai oprea (semnificație)".

* Eng. SIBAM (Sensation, Image, Behavior, Affect, Meaning)

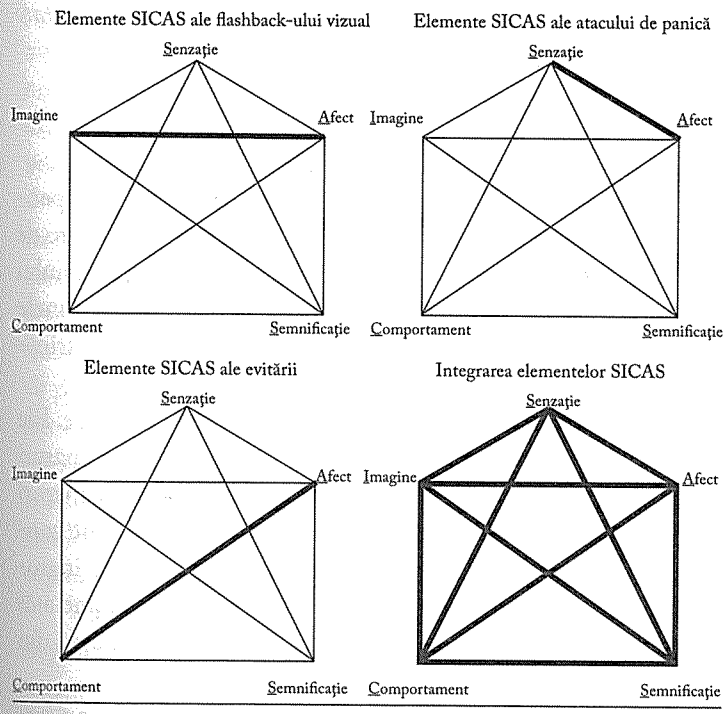
Levine înaintează ideea că în timpul anumitor episoade de stres traumatic se separă elemente ale experienței respective. O persoană cu SPT sau TSPT ar putea mai târziu să menționeze o amintire vizuală perturbatoare (imagine) și o puternică emoție conectată de ea (emoție), dar să nu poată să o înțeleagă în nici un fel (semnificație disociată); un copil ar putea manifesta un joc repetitiv după un eveniment tulburător (comportament), dar să nu arate nici o emoție (emoție disociată) sau să pară că nu își amintește nimic (imagine).

Un neajuns al modelului SICAS este acela că nu există nici un mecanism pentru a distinge disocierea traumatică de simpla uitare. Bineînțeles că uitarea ar putea fi doar rezultatul faptului că o experiență nu a fost suficient de semnificativă pentru a se întipări complet sau nu în memoria de lungă durată.

Întorcându-ne la conceptul de sisteme mnezice, înțelegerea disocierii în contextul modelului SICAS devine mai ușoară. Memoria implicită cuprinde imagini senzoriale, senzații corporale, emoții și comportamente automate. Memoria explicită conține faptele, ordinea și rezolvarea (semnificația). Disocierea poate apărea în multe forme, în funcție de diferitele combinații de elemente disociate. Și, bineînțeles, cu excepția amneziei totale, când unele elemente se disociază, altele se asociază. În figura 4.1. sunt prezentate posibile asociații pentru a înțelege trei simptome ale TSPT.

Clienții cu anxietate și atacuri de panică pot vorbi în mod persistent despre senzații fizice perturbatoare și frica rezultantă (afect). Pentru ei poate fi dificil sau imposibil să identifice ce au auzit sau văzut care le-a declanșat anxietatea (imagine), ce trebuie să facă pentru a reduce anxietatea (comportament) sau de unde provine de fapt frica (semnificație). Clienții blocați în flashback-uri vizuale vor realiza un du-te vino între imagini șiteroare, având stopată abilitatea de a-și simți corpul în prezent (senzație), de a se mișca într-un mod care să întrerupă

Figura 4.1. Un exemplu de relații ale unor elemente disociate SICAS cu reacții traumatice specifice. Liniile îngroșate indică elementele asociate, iar liniile subțiri pe cele disociate.



transa (comportament) sau de a plasa amintirea în context (semnificație). Modelul SICAS poate constitui un instrument eficient care să ajute la identificarea elementelor asociate și disociate ale unei experiențe. Odată identificate, elementele lipsă pot fi conduse cu grijă înapoi în conștiință, când clientul este pregătit. (*Charlie și-a amintit cea mai mare parte a atacului; avea imagini vizuale ale acestuia. El era foarte conștient de senzațiile corporale și de emoțiile sale și știa ce însemnase atacul pentru el. Cu toate acestea, el nu deținea cel puțin două componente importante. Unul era un aspect adițional al semnificației:*

capacitatea de a diferenţia între câinele care l-a atacat şi ceilalţi câini. Celălalt era o strategie comportamentală de protecţie pe care să poată să o adopte pentru a se apăra. Vezi Capitolul VIII pentru o descriere a modului în care aceste două elemente au fost integrate în cele din urmă.)

FLASHBACK-URI

Termenul de *flashback* a fost popularizat în anii 1960 pentru a descrie experienţele senzoriale tulburătoare raportate de persoane care consumaseră drogul LSD. În urma consumului drogului – cu zile, săptămâni, chiar şi ani mai târziu – unele dintre acestea au reexperimentat aspecte ale celor mai înfricoşătoare „călătorii" halucinogene.

Flashback-urile traumatice sunt foarte asemănătoare. Ele pot avea loc în starea de veghe sau sub forma unor coşmaruri care perturbă somnul. Un client le-a numit „a avea coşmaruri în timp ce sunt treaz". Flashback-urile traumatice sunt constituite din experienţe senzoriale ale unor evenimente îngrozitoare care sunt retrăite cu un realism şi cu o intensitate atât de mare, încât este dificil să fie diferenţiate de realitatea din momentul actual.

Cel mai des identificat tip de flashback sunt cele în principal vizuale şi/sau auditive. Acestea sunt uşor de recunoscut, deoarece persoana poate de obicei să descrie ceea ce vede sau aude. Flashback-urile care sunt în principal emoţionale, comportamentale şi/sau somatice sunt mai puţin obişnuite. Situaţiile de hiperstimulare, de reflex de tresărire exagerată, de tulburare emoţională care nu poate fi explicată de un alt motiv, de durere fizică sau de iritare intensă, toate pot fi explicate cu uşurinţă de fenomenul de flashback. Lindy, Green şi Grace (1992) au înaintat o explicaţie a flashback-urilor senzoriale şi comportamentale, descriind ceea ce ei au denumit „reconstituirea somatică" a evenimentelor traumatice. Flashback-urile somatice şi comportamentale recurente ale unei femei implicau un simptom persistent şi debilitant de urgenţă urinară care provoca mersul ei repetat şi inutil la toaletă. Atât simptomul, cât şi comportamentul au apărut în urma unui incendiu într-un restaurant, când viaţa ei a fost salvată la propriu de o vezică urinară goală; prietenii ei muriseră, blocaţi în toaletă. Ea nu avusese nevoie să îi însoţească şi scăpase cu viaţă. „Simptomul d-nei F surprindea în mod repetat momentul în care ea, nesimţind o presiune în vezica sa urinară, a ales să nu se alăture prietenilor ei când aceştia, simţindu-şi vezica urinară plină, s-au îndreptat spre moarte" (Lindy et al., 1992, p.182). Acest exemplu ilustrează într-un mod emoţionant felul în care cineva poate avea comportamente care par să nu aibă nici un sens dacă nu se cunoaşte istoria traumei. Cu toate acestea, natura reconstituirii somatice devine clară când sunt furnizate informaţiile lipsă. Este posibil ca anumite simptome fizice inexplicabile care dau bătăi de cap doctorilor şi supără pacienţii să reprezinte cazuri de reconstituire somatică.

Flashback-urile comportamentale sunt foarte obişnuite, deşi nu sunt frecvent recunoscute ca atare. Copiii mici, de exemplu, sunt mai capabili să îşi exprime experienţele traumatice prin comportament mai degrabă decât să le verbalizeze. Uneori nu este clar care tipuri de comportament reprezintă flashback-uri. De exemplu, copilul care molestează sau răneşte fizic un alt tânăr este agresiv sau reconstituie ceea ce i s-a întâmplat lui? Acest aspect constituie un alt domeniu care merită să fie cercetat ştiinţific.

FLASHBACK-URILE ŞI CREIERUL

Flashback-urile pot fi diverse. Ele pot presupune amintirea unui eveniment traumatic din memoria implicită, în

absența memoriei explicite, astfel încât să lipsească informațiile necesare pentru a înțelege amintirea sau pentru a-i da o perspectivă. Ele pot de asemenea să implice memoria explicită a secvențialității (inclusiv a scenelor) întregului eveniment sau a unor părți. Aproape întotdeauna flashback-urile includ aspectele emoționale și senzoriale ale experienței traumatice; de aceea ele sunt atât de tulburătoare. Acest lucru înseamnă că amigdala face parte din procesul de producere a flashback-urilor. În același timp, se pare că sunt absente trăsăturile contextuale tipice prelucrării din hipocamp, ceea ce ar fi concordant cu teoriile care indică suprimarea procesării în hipocamp în timpul traumei și al reactualizării traumei (Nadel & Jacobs, 1996; van der Kolk, 1994, printre alții). În plus, flashback-urile sunt activate de obicei fie prin declanșatori condiționați clasic, fie prin unii dependenți de stare. Acest lucru ar însemna că întregul sistem nervos este implicat în fenomen. Trei exemple:

> *Roger avea douăzeci și ceva de ani când, fiind polițist începător, a împușcat și omorât pentru prima dată un suspect. A rămas în imobilitate privind sângele curgând din pieptul omului. Continua să țipe: „Îmi pare rău. De ce m-ai făcut să fac asta?" A părut că și-a revenit și că a gestionat bine situația, până când, doi ani mai târziu, a fost primul ofițer la fața locului unde un bărbat a fost împușcat în timpul unei încăierări. Următorul ofițer care a ajuns acolo l-a găsit pe Roger țipând aceleași cuvinte, aparent confundând cele două situații.*

În cazul lui Roger este clar că un semnal vizual, sângele curgând din pieptul unui om pe moarte, i-a declanșat flashback-ul. El era îngrozit de faptul că omorâse pe cineva. Când la început nu a putut să se împace cu ideea a ceea ce se întâmplase, el doar a uitat și *a părut* că nu îl mai deranjează. Evident că nu așa stăteau lucrurile.

> *Marie avea 29 de ani când fiica ei, Tanya, a împlinit vârsta de 5 ani. În prima zi de grădiniță a acesteia, Marie a intrat în panică și nu a mai vrut s-o lase pe Tanya să se ducă la școală. Marie a ținut-o pe Tanya acasă pentru mai multe săptămâni, intrând în panică în fiecare dimineață când trebuia să o ducă la grădiniță. Marie se simțea bine în restul zilei. Până la urmă soțul ei a convins-o să facă psihoterapie. Ea reacționase fără să știe de ce. Doar în timpul psihoterapiei ea și-a adus aminte că a fost molestată la grădiniță când avea aceeași vârstă. Ziare din arhivă au confirmat faptul că asistentul unui profesor fusese condamnat pentru molestarea mai multor copii.*
>
> *Marcy suferise de infecții urinare cronice când era copil. Ea a fost supusă la mai multe forme de tratamente invazive în încercarea de a i se vindeca boala. Când a crescut, deși și-a amintit mereu că a avut infecțiile, nu își aducea aminte deloc de vizitele la medic. La scurt timp după ce s-a căsătorit ea a suferit o criză de cistită – lucru deloc neobișnuit pentru proaspetele mirese. În timpul examinării medicale ea a devenit atât de agitată, încât a început brusc să aibă transpirații reci și să fie panicată. A fost incapabilă să-i spună doctorului ce simțea și până la urmă a leșinat.*

Flashback-ul senzorial al lui Marcy a fost declanșat de senzație și de postură. Abia mai târziu a putut să își asocieze reacția cu tratamentele ei anterioare. În mod clar acestea au fost mai stresante decât își amintise ea.

SUMAR

Una dintre cele mai bune modalități de a consolida teoria prezentată în Partea I este aceea de a înțelege fenomenul flashback-urilor. Acestea sunt formate din informații disociate și stocate în mod implicit, care apar în condiții dependente de stare. Ele pot fi declanșate de semnale senzoriale interoceptive sau exteroceptive și sunt exprimate prin hiperexcitarea siste-

mului nervos autonom, cât și prin comportamente controlate de sistemul nervos somatic.

În Partea a II-a, vor fi prezentate principii și tehnici pentru stoparea și prevenirea flashback-urilor, precum și a altor simptome legate de traumă.

PARTEA A DOUA

PRACTICĂ

CAPITOLUL CINCI

ÎNAINTE DE TOATE, SĂ NU FACI RĂU

Timpul perfect de prăjire a pâinii

Există o artă de a ști când.
Nu încerca vreodată să ghicești.
Prăjește până fumegă și apoi
Douăzeci de secunde mai puțin.
Piet Hein

Majoritatea psihoterapeuţilor știu foarte bine cât de complicată poate fi terapia traumei – indiferent de teoria sau de tehnicile care sunt utilizate. Întotdeauna există riscul ca un client să devină copleșit, să decompenseze, să fie anxios și să aibă atacuri de panică, flashback-uri sau, mai grav, să se retraumatizeze. Sunt frecvente rapoartele despre clienţi care au flashback-uri atât de copleșitoare în timpul ședinţelor de psihoterapie, încât confundă camera de terapie cu locul traumei și pe psihoterapeut cu autorul traumei. De asemenea, nu este neobișnuit ca pe parcursul terapiei traumei unii clienţi să ajungă incapabili de a funcţiona normal în vieţile lor de zi cu zi – o parte necesitând chiar și spitalizare. General vorbind, lucrul cu trauma pare a fi mai nesigur decât alte domenii de psihoterapie. Vorbim despre riscurile implicate, dar de obicei nu scriem despre ele.

Riscurile inerente tratamêntului psihoterapeutic al traumei nu reprezintă o noutate, chiar dacă tulburarea de stres posttrau-

matic (TSPT) nu a apărut drept un diagnostic oficial până la publicarea DSM-III în 1980. În 1932, psihanalistul Sándor Ferenczi a prezentat o lucrare curajoasă în faţa celui de-al doisprezecelea Congres internaţional de psihanaliză, ţinut la Wiesbaden. În această lucrare el a recunoscut faţă de colegii săi faptul că psihanaliza putea fi retraumatizantă: „unii dintre pacienţii mei mi-au provocat foarte multă îngrijorare şi ruşine... [ei] au început să sufere de atacuri nocturne de anxietate, chiar şi de coşmaruri severe, iar şedinţele de analiză în repetate rânduri au degenerat în atacuri de isterie anxioasă" (Ferenczi, 1949, p. 225). El a recunoscut faptul că modalitatea obişnuită de a explica astfel de fenomene între colegii săi fusese aceea de a învinovăţi pacientul pentru că avea „o rezistenţă prea puternică sau că suferise refulări atât de severe, încât abreacţia şi conştientizarea puteau avea loc doar parţial". Însă el a investigat mai profund: „A trebuit să acord o libertate deplină autocriticii. Am început să îmi ascult pacienţii...". El a mers mai departe şi a presupus că atât interpretările premature, cât şi sentimentele neexprimate de contratransfer puteau conduce la subminarea procesului terapeutic, inclusiv la decompensarea pacientului până la punctul „reiterărilor halucinatorii ale experienţelor traumatice" (Ferenczi, 1949).

Într-o lucrare mai recentă, dar la fel de curajoasă, „Relieving or Reliving Childhood Trauma?" (Alinarea sau retrăirea traumei din copilărie?), Onno van der Hart şi Kathy Steel (1997) ne amintesc faptul că abordarea directă a amintirilor traumatice nu este mereu folositoare şi poate fi uneori vătămătoare pentru clienţii noştri. Ei propun ca acei clienţi care nu sunt capabili să tolereze terapia traumei centrată pe amintiri să beneficieze totuşi de o terapie adaptată pentru a alina simptomele, pentru a dezvolta abilităţile de coping şi pentru a îmbunătăţi funcţionarea de zi cu zi.

Ce nu funcţionează corect când terapia traumei devine traumatizantă? Cel mai mare risc ca un client să ajungă copleşit şi posibil retraumatizat ca urmare a terapiei apare când procesul terapeutic accelerează mai mult decât poate gestiona acesta. Acest lucru se întâmplă adesea când sunt presate sau provocate să intre în conştiinţă mai multe amintiri – imagini, fapte şi/sau senzaţii corporale – decât pot fi integrate deodată. Principalul indicator al psihoterapiei excesiv de accelerate este acela că produce mai multă excitare în sistemul nervos autonom (SNA) al clientului decât are acesta resurse fizice şi psihologice de a gestiona. Este asemănător unui automobil care rulează cu o viteză ieşită de sub control, al cărui şofer nu este capabil să găsească şi/sau să apese frânele.

DESPRE FRÂNARE ŞI ACCELERARE

Am învăţat mai mulţi prieteni să conducă. Întotdeauna lecţiile au avut loc în maşina mea. Eu stăteam în scaunul pasagerului, fără comenzi duble. Fiind puţin îngrijorată de siguranţa mea precum şi de a elevului şi a maşinii mele, întotdeauna am început în acelaşi fel. Prima dată, înainte de a-i permite elevului să lase maşina să înainteze, l-am învăţat cum să oprească, cum să frâneze.
Elevul meu a fost instruit să-şi pună în mod repetat piciorul pe pedala de frână, până când mişcarea a fost automată, corectă şi realizată cu încredere fără a se uita. Doar când elevul meu şi cu mine am fost siguri de abilitatea sa de a găsi pedala de frână şi de a opri maşina din reflex, am considerat că este sigur să folosească pedala de acceleraţie şi să înveţe (încet) să accelereze, în timp ce se întorcea periodic la pedala de frână – oprire şi pornire. Cu cât elevul meu căpăta mai multă încredere în capacitatea sa de a mânui maşina şi de a frâna când era nevoie, cu atât avea curaj să accelereze mai mult (în limitele restricţiei de viteză).

Şofatul în siguranţă presupune frânarea atentă şi la timpul potrivit, combinată cu accelerarea în ritmul potrivit pentru trafic, pentru şofer şi pentru vehicul. La fel se întâmplă şi în cazul psihoterapiei traumei. Nu este recomandabil ca un psi-

hoterapeut să accelereze procesele traumei la clienți sau ca un client să accelereze către propria traumă, până când fiecare nu știe mai întâi să frâneze, adică să încetinească și/sau să oprească procesul traumei – și poate să facă acest lucru în siguranță, complet și cu încredere (Rothschild, 1999).

DE CE SĂ FRÂNEZI, SĂ ÎNCETINEȘTI SAU SĂ OPREȘTI PROCESUL TERAPEUTIC?

Simptomele TSPT sunt epuizante. În mod obișnuit, clientul cu TSPT are perioade alternante de energie frenetică și de epuizare. Uneori procesul terapeutic este dificil, deoarece clientul pur și simplu nu are resursele necesare pentru a se concentra, a se confrunta sau a rezolva problemele curente. Reducerea hiperexcitării, atât în ședința de psihoterapie, cât și în viața de zi cu zi a clientului, nu numai că îi va da acestuia alinarea mult necesitată, dar îi va permite de asemenea să se odihnească mai eficient. Acest lucru îi va da în schimb o mai mare capacitate și resursele să se confrunte cu trecutul său traumatic.

O analogie utilă este compararea persoanei cu TSPT cu o oală sub presiune. Trauma nerezolvată creează o extraordinară cantitate de presiune atât în corp, cât și în minte sub forma hiperexcitării SNA. În cazul unei oale sub presiune modernă, odată ce presiunea se acumulează, devine imposibil ca aceasta să fie deschisă, iar dacă acest lucru ar fi posibil, ea ar exploda. Mai întâi trebuie eliberată presiunea încet, puțin câte puțin. Atunci, și doar atunci, se poate deschide oala în siguranță.

Același principiu se aplică și în cazul SPT și TSPT. Dacă încerci să deschizi clientul față de traumă în timp ce presiunea este extremă, riști explozia – care în cazul unui client poate însemna decompensare, colaps, o boală gravă sau suicidul. Cu toate acestea, dacă se aplică judicios frânele pentru a se *elibera*

presiunea treptat, întregul proces al psihoterapiei traumei devine mai puțin riscant. Fiecare client ar trebui evaluat în mod individual. Unii necesită o frânare mai relaxată decât alții. În mod optim, ritmul terapiei nu ar trebui să fie mai încet decât este necesar, dar nici mai rapid decât poate tolera clientul pentru a își menține în același timp funcționarea de zi cu zi.

EVALUARE ȘI APRECIERE

Identificarea tipului de traumă și a tipului de client cu care vă confruntați va fi foarte importantă pentru a vă ajuta să determinați planul de intervenție. Lenore Terr (1994) a diferențiat două tipuri de victime ale traumelor, *Tipul I* și *Tipul II*. Inițial ea a făcut această distincție în ceea ce privește copiii. Tipul I se referă la cei care au experimentat un singur eveniment traumatic. Tipul II se referă la cei care au fost traumatizați în mod repetat.

Sistemul de clasificare al lui Terr se aplică foarte bine în cazul adulților, cu toate că este utilă o discriminare suplimentară. Ar trebui diferențiate două subtipuri de indivizi traumatizați ale Tipului II al lui Terr: *Tipul IIA* sunt indivizi cu traume multiple care au condiții de viață stabile ce le-au oferit suficiente resurse pentru a fi capabili să separe evenimentele traumatice individuale unele de altele. Acest tip de client poate vorbi despre o singură traumă la un moment dat și prin urmare poate aborda traumele una câte una. Indivizii de *Tipul IIB* sunt atât de copleșiți de traume multiple, încât sunt incapabili să separe un eveniment traumatic de altul. Clientul de Tip IIB începe să vorbească despre o traumă, însă găsește repede legături cu altele – și adesea lista se completează iar și iar.

Clienții de Tip IIB pot de asemenea să fie împărțiți în două categorii. Tipul IIB(R) se referă la cineva cu un mediu de viață stabil, însă cu o complexitate a experiențelor trau-

matice atât de copleșitoare, încât nu și-a mai putut menține reziliența. Specifici pentru acest tip de clienți sunt supraviețuitorii Holocaustului, descriși în studiul norvegian mai sus menționat, realizat de Malt și Weisaeth (1989). Tipul IIB(nR) se referă la cineva care nu a dezvoltat niciodată resurse pentru a rezista, după cum descrie Schore (1996).

Unul dintre motivele evaluării tipului de traumă a clientului este acela că fiecare are nevoi terapeutice diferite, mai ales în ceea ce privește relația terapeutică și transferul. Indivizii de Tipul I și de Tipul IIA necesită de obicei mai puțină atenție pentru relația terapeutică și dezvoltă un transfer mai puțin intens față de psihoterapeut. Mulți dintre ei au internalizat deja resursele care le-ar putea fi oferite în cadrul unei relații de lungă durată, centrată pe transfer. Aceasta nu înseamnă că nu vor apărea probleme legate de transfer; cu toate acestea, în cazul acestui tip de persoane relația terapeutică este secundară, fiind centrală nevoia lor de a lucra cu anumite amintiri traumatice. După interviul și evaluarea inițială, clienții de Tipul I și Tipul IIA pot de obicei să treacă rapid la lucrul direct axat pe incidentul sau incidentele traumatice care i-au adus la psihoterapie.

Pe de altă parte, pentru clienții de Tipul IIB (re)construirea resurselor prin intermediul relației terapeutice va reprezenta o condiție obligatorie pentru abordarea directă a amintirilor traumatice. În cazul Tipului IIB(R) relația terapeutică va ajuta la refamiliarizarea clientului cu resursele pe care le-a avut, dar cu care a pierdut contactul din cauza naturii complexe și copleșitoare a traumelor pe care le-a suportat. În cazul clientului de Tip IIB(nR) relația terapeutică poate reprezenta întreaga terapie, construirea resurselor și a rezilienței care nu au fost niciodată dezvoltate. Nevoile speciale ale ambelor categorii de clienți de Tip IIB vor fi discutate mai mult în secțiunea următoare, despre relația terapeutică.

Există un tip adițional de client care merită menționat când vorbim despre clienții traumatizați. Acesta este reprezentat de clientul care are multe simptome ale TSPT, însă nu menționează nici un eveniment identificabil care să îl încadreze în acest diagnostic. Scott și Stradling (1994) propun o categorie diagnostică adițională pe care o numesc „prolonged duress stress disorder" (PDSD), (tulburare de stres prelungit). Stresul cronic, prelungit, din timpul vârstei de dezvoltare (din cauza neglijării, a unei boli cronice, a unui sistem familial disfuncțional etc.) își poate pune amprenta asupra sistemului nervos autonom, aducându-l aproape de punctul de luptă, fugă sau imobilizare. Nevoile acestui tip de client se aseamănă adesea cu cele ale clientului de Tipul IIB(nR). Când acest lucru se întâmplă, metoda terapeutică cea mai utilă poate fi și ea aceeași. În ambele cazuri, relația terapeutică are potențialul de a insufla multe dintre abilitățile de coping și de reziliență care este posibil să fi lipsit în perioada de dezvoltare.

ROLUL RELAȚIEI TERAPEUTICE ÎN PSIHOTERAPIA TRAUMEI

Poate exista o tendință ca terapia traumei să fie concentrată mai mult pe incidentele traumatice individuale decât pe impactul general pe care o traumă îl are asupra relațiilor interpersonale ale clientului, inclusiv asupra relației terapeutice. Această polarizare poate fi benefică pentru unii clienți, iar pentru alții poate fi nocivă. Este important să discutăm rolul relației terapeutice în terapia traumei, cel puțin pe scurt, pentru a sublinia nevoile individuale ale clienților traumatizați.

Mai mult, corpul joacă un rol semnificativ în lucrul cu relația terapeutică, deoarece acordând atenție acestuia în timpul concentrării pe interacțiunea terapeut-client putem obține foarte multe informații. Observarea semnelor de excitare a sistemului nervos autonom, a tiparelor de tensiune și a mișcărilor

intenţionale (denumirea lui Levine [1992] pentru contracţiile musculare uşoare care ar putea indica o intenţie comportamentală care nu a fost îndeplinită) ar putea furniza înţelegerea impactului relaţiei dintre terapeut şi client. În cazul unor clienţi traumatizaţi, trauma este reconstituită în cadrul transferului – uneori sub formă de simptome psihologice (i.e. neîncredere), alteori sub formă de simptome somatice (precum în studiul de caz de la pag. 204).

Schore (1996) sugerează că experienţele din relaţia terapeutică sunt întipărite în primul rând în memoria implicită, adesea schimbând conexiunile sinaptice ale acestui sistem mnezic în ceea ce priveşte crearea de legături afective şi ataşamentul. În cazul unora dintre clienţi, atenţia acordată relaţiei terapeutice va ajuta la transformarea amintirilor implicite negative ce ţin de relaţii, prin crearea unei noi întipăriri a unei experienţe pozitive a ataşamentului. Când acest proces este realizat cu succes, clientul interiorizează o nouă reprezentare a unei relaţii afectuoase, atât în minte, cât şi în corp. Aceasta nu schimbă trecutul clientului, însă îi va oferi un nou marker somatic (Damasio, 1994) când acesta se gândeşte la relaţii sau anticipează că va intra într-una în viitor. Când este realizat cu succes, ataşamentul pozitiv faţă de psihoterapeut poate transforma evitarea sau frica de relaţii interpersonale cu care clientul s-a familiarizat în dorinţa de a avea relaţii sănătoase.

RELAŢIA TERAPEUTICĂ: ÎN PRIM PLAN SAU ÎN PLAN SECUND?

Este general acceptat faptul că relaţia terapeutică este critică pentru rezultatul oricărei psihoterapii. Acest lucru nu este mai puţin adevărat în terapia traumei; cu toate acestea, relaţia terapeutică va avea o importanţă variabilă. Lucrul direct cu amintirile traumatice nu ar trebui început înainte ca relaţia

terapeutică să fie sigură pentru client şi acesta să se simtă în siguranţă cu terapeutul. Mulţi clienţi vor trece de această etapă foarte repede, uneori chiar în a doua sau a treia şedinţă. Alţii vor avea nevoie de mai multe şedinţe înainte să se simtă în siguranţă cu terapeutul şi cu procesul terapeutic. Principiile şi instrumentele descrise în capitolele următoare vor fi de ajutor, în cazul acestor clienţi, pentru pregătirea lor pentru dificultăţile pe care le vor întâlni în cercetarea amănunţită a amintirilor traumatice prin intermediul modelelor de terapie a traumei preferate de terapeuţii lor.

De asemenea, există un număr mare de clienţi traumatizaţi pentru care dezvoltarea sentimentului de siguranţă în cadrul relaţiei terapeutice va dura foarte mult timp. În unele cazuri, lucrul centrat pe sentimentul lor de siguranţă în relaţie poate reprezenta de fapt o mare parte a terapiei, împingând lucrul direct cu trauma în plan secundar. Pentru aceşti clienţi va fi importantă construirea de resurse, descrisă în următoarele două capitole: conştienţa corporală, frânarea, tonificarea corporală, construirea de resurse, graniţele, conştienţa duală etc. Deşi nu pot fi abordate în mod direct, problemele legate de traumă nu vor fi evitate. În schimb, o mare parte a materialului traumatic va apărea în cadrul interacţiunii dintre terapeut şi client. Când acest lucru se întâmplă, trauma este abordată prin intermediul transferului pe care clientul îl dezvoltă faţă de terapeut, precum şi prin propriile reacţii de contratransfer ale terapeutului. Acest tip de terapie a traumei este adesea dificilă. Cu toate acestea, ea poate fi foarte satisfăcătoare când terapeutul şi clientul sunt dispuşi şi capabili să o ducă la bun sfârşit.

Ce diferenţiază aceste tipuri de clienţi traumatizaţi? De ce relaţia terapeutică are o importanţă mai mare în cazul terapiei lor? Ce se întâmplă dacă terapeutul interpretează greşit şi abordează în mod direct trauma prea devreme pentru acest tip de client?

Relația terapeutică va reprezenta o urgență pentru clientul traumatizat Tipul IIB. În această categorie este inclusă ceea ce Judith Herman (1992) numește TSPT complexă. Așa cum am menționat anterior, acești clienți au suferit traume atât de teribile și/sau multiple, încât le lipsesc resursele și reziliența necesare pentru ca abordarea directă a amintirilor traumatice să fie constructivă. Trădarea încrederii pare a constitui tema centrală în imaginea de ansamblu a acestor clienți. Mulți clienți din această categorie au suferit din cauza altora într-un el sau altul, fie prin neglijare, în perioada lor de dezvoltare, fie prin victimizare cauzată de semeni, la orice vârstă (abuz, asalt, viol, incest, război, tortură, violență domestică etc.). Cu cât acest lucru a avut loc mai devreme în viață, cu atât mai mult este afectată abilitatea lor de a avea încredere în alți oameni. Când victimizarea se întâmplă mai târziu în viață, trădarea încrederii consolidate anterior devine problema mai importantă. În unele cazuri, deficitele de dezvoltare (neglijare sau alte eșecuri de structurare a unei legături afective) pot de asemenea să reprezinte un factor. După cum am menționat în Capitolul II, eșecul de a stabili atașamente poate contribui la vulnerabilitatea unui individ față de dezvoltarea TSPT sau a altor tulburări (Schore, 1996).

La clienții care au suferit traume interpersonale crește importanța abordării problemelor de încredere în relația terapeutică. Clientul care nu a reușit niciodată să aibă încredere în altcineva va avea nevoie de o șansă pentru a construi încrederea. Individul a cărui încredere a fost trădată va avea nevoie de șansa de a o restabili. Ambele procese necesită mult timp. Dacă nu există încredere, amintirile traumatice nu vor putea fi confruntate în mod constructiv.

Până nu se dobândește încrederea în terapeut, clientul nu va avea un aliat alături de care să își confrunte traumele. Dacă amintirile traumatice sunt abordate direct înainte de dezvoltarea acestei relații de încredere, clientul se va afla în situația nefericită de a se confrunta cu traumele sale (adesea în mod repetat) de unul singur. În această situație, nu numai că trauma nu este rezolvată, dar ea poate fi de asemenea înrăutățită în mod considerabil.

Reglarea afectului și a durerii

Cu toate că Allan Schore (1994) nu analizează problema încrederii în mod direct, opera sa vastă din domeniul atașamentului și al construirii de relații afective timpurii conține multe indicii pentru construirea unei relații de încredere cu clientul traumatizat Tipul IIB. Schore afirmă faptul că relația afectivă dintre îngrijitor și bebeluș este necesară pentru ca acesta din urmă să-și dezvolte abilitatea de a-și regla propriile emoții. El sugerează că această capacitate crește de-a lungul timpului, pe baza interacțiunii dintre îngrijitor și copil, și are trei faze critice: armonizare, nearmonizare și rearmonizare (Schore, 1994). În mod esențial, copilul și îngrijitorul interacționează într-un contact față în față. Pe măsură ce acesta înaintează la un nivel tolerabil pentru bebeluș, el rămâne în contact (armonizare). Când nivelul de excitare crește prea mult – fie din cauza exaltării, fie din cauza furiei sau a dezaprobării din partea îngrijitorului – bebelușul întrerupe contactul (nearmonizare). Când nivelul excitației bebelușului se reduce din nou până la o limită tolerabilă, acesta restabilește contactul cu îngrijitorul – de obicei la un nivel de excitare mai mare decât a fost tolerat mai înainte (rearmonizare) (Schore, 1994). Acest tip de interacțiune formează baza atașamentului și poate fi esențială pentru creșterea capacității copilului (și mai târziu a adultului) de a regla stresul, emoția și durerea.

Când Tony, în vârstă de 6 ani, a căzut și s-a lovit la picior, a durut-o foarte mult. În plus, ea a fost foarte speriată când a fost dusă

la urgențe într-un cărucior cu rotile pentru a i se sutura rana, iar mamei sale i s-a spus să aștepte afară. Tony a devenit isterică. Până la urmă doctorul i-a permis mamei să stea în dreptul ușii camerei de urgențe, unde Tony o putea vedea. Tony își amintește foarte clar cum groaza și durerea ei s-au redus semnificativ la vederea mamei sale. Când doctorul lucra la piciorul ei, Tony și-a menținut ochii fixați pe mama sa.

Relația terapeutică are multe implicații. Majoritatea terapeuților sunt familiarizați cu funcția ei de reglare emoțională. Clienții instabili caută adesea terapeutul, pe perioade variabile de timp, când sunt supărați, calmându-se sau plângând eliberator când îl zăresc pe acesta în camera de așteptare ori la auzul sunetului vocii sale la telefon. Există clienți care între ședințe sunt alinați doar de ascultarea mesajului de mesagerie vocală al terapeutului.

Armonizare, nearmonizare și rearmonizare

Există o enigmă în cazul unor clienți traumatizați Tipul IIB. Încrederea în terapeut poate crește în urma unui conflict (o impresie sau o suspiciune de trădare sau un alt tip de ruptură), cu condiția ca acesta să fie urmat de o reparație a relației – nearmonizare și rearmonizare. Când riscul de conflict este mare, ar fi o idee bună să fie pregătit clientul pentru perioade în care poate avea impresia rănirii sau trădării din partea terapeutului. Pregătirea efectivă pentru astfel de situații poate contribui foarte mult la transformarea lor în evenimente constructive.

Frank nu a avut niciodată în viața lui pe cineva pe care să se bazeze. Ambii lui părinți fuseseră alcoolici, iar tatăl lui a fost violent. Frank era un independent înverșunat și se temea de intimitate. De asemenea, el era instabil emoțional. Avea dificultăți în a menține un loc de muncă, deoarece era predispus către izbucniri emoționale.

Prima parte a psihoterapiei a fost centrată pe creșterea stabilității sale. Construirea de resurse (vezi capitolul următor), atât fizice, cât și psihologice, a jucat un rol important în activitatea noastră de la început. Cu toate acestea, identificarea resurselor interpersonale a fost dificilă. Nivelul lui Frank de încredere în oricine era foarte scăzut. Încă de la început am considerat că Frank este un bun candidat pentru încheierea prematură a terapiei din cauza unui conflict (nearmonizare). Totuși am amânat să abordez subiectul până când am dezvoltat puțin relația. În timpul unei ședințe de la începutul psihoterapiei, am discutat cu Frank despre probabilitatea ca mai târziu în terapie să ajungă atât de supărat pe mime, încât să vrea să renunțe. El a fost de acord că acest lucru era posibil; de fapt, aceasta fusese o problemă cu cei trei psihoterapeuți anteriori. Am discutat cu Frank despre conceptele lui Schore de armonizare, nearmonizare și rearmonizare, explicându-i că nearmonizarea nu numai că era previzibilă, dar era și de dorit. În lipsa ei nu exista posibilitatea rearmonizării, care era necesară pentru întărirea relației. L-am întrebat de ce anume avusese nevoie în acele situații în care nu și-a putut rezolva supărarea pe terapeuții anteriori? El a susținut că terapeuții anteriori renunțaseră la orice responsabilitate față de sentimentele lui, că nu fuseseră dispuși să înțeleagă ceea ce făcuseră și, cel mai important, să își ceară scuze. Discuția aceasta cu Frank despre aceste aspecte, înainte ca lucrurile să se întâmple, m-a ajutat să îi înțeleg mai bine personalitatea și rănile psihologice suferite. El a putut să-mi dezvăluie ulterior că durerea provocată de violența tatălui său pălea în comparație cu cea provocată de lipsa acestuia de remușcare. Tatăl lui Frank nu și-a cerut niciodată scuze de la acesta pentru comportamentul său violent.

Câteva săptămâni mai târziu, când a trebuit să reprogramez o ședință din cauza unei boli, Frank a devenit furios și s-a simțit abandonat. El și-a anulat următoarea ședință, lăsându-mi în mesageria vocală mesajul că mă va suna el dacă și când va dori o altă programare. Deoarece pregătisem dinainte situația, am avut contextul potrivit pentru a-l contacta și a-i reaminti de predicția anterioară. Am sugerat să mai vină cel puțin o dată pentru a discuta ceea ce se întâmplase. El a fost de acord, dar era încă foarte furios. În timpul ședinței, a pornit o tiradă verbală violentă care a ținut mult timp. Când a părut că s-a descărcat, am îndrăznit să îmi cer

scuze că nu am fost disponibilă când a avut nevoie. A fost sceptic și a avut nevoie de reasigurare că eu chiar credeam ceea ce am spus și că nu îmi ceream scuze doar din cauza a ceea ce îmi spusese mai înainte. Când i-am explicat că puteam să văd și să aud durerea din spatele furiei sale și că îmi părea cu adevărat rău că nu am fost acolo pentru el, a început să plângă. Când și-a revenit a fost capabil să îmi accepte scuzele și ne-am continuat lucrul. Aceasta a reprezentat prima noastră experiență cu nearmonizarea și rearmonizarea, însă a fost departe de a fi ultima.

Un alt tip de nearmonizare se poate întâmpla când clientul transferă amintirea atacatorului asupra terapeutului și devine înfricoșat în prezența sa. Când are loc acest lucru, terapeutul trebuie să-l ajute pe client să testeze realitatea și să o separe de amintire. Acest tip de transfer nu este favorabil pentru terapia traumei, deoarece clientul are nevoie ca terapeutul să-i fie aliat. Lăsarea unui client să se perpelească în acest tip de nearmonizare transferențială poate fi foarte nocivă pentru procesul terapeutic și îi poate întări clientului o teamă că nimeni nu este sigur.

După cum se poate vedea, există multe modalități de a realiza terapia traumei. Relația terapeutică are o importanță mai mare sau mai mică pentru aceasta în funcție de nevoile individuale ale clientului. Evaluarea tipului de client, precum și a nivelului lui actual de funcționare, va ajuta la determinarea importanței care trebuie acordată relației.

SIGURANȚA

În viața clientului

Prima regulă a oricărei terapii a traumei o reprezintă siguranța (Herman, 1992). Aceasta se aplică nu doar cadrului terapeutic, cât și vieții clientului. Nu este posibil să se rezolve o traumă dacă clientul trăiește într-un mediu nesigur și/sau traumatizant. Rezolvarea traumei presupune decuplarea mecanismelor de apărare care au ajutat la gestionarea ei. Dacă o persoană trăiește încă într-o situație nesigură sau traumatică, acest lucru nu va fi posibil sau recomandabil. În acest caz, primul pas trebuie să fie ajutarea clientului să fie și/sau să se simtă în siguranță. O mare parte a acestor lucruri reprezintă o judecată de bun simț. De exemplu: o soție victimă a violenței domestice trebuie să fie separată în siguranță de soțul său violent; un client care a fost atacat în casa sa poate necesita să instaleze încuietori suplimentare la ușă și la ferestre; o victimă violată poate avea nevoie să aștepte înainte de a se confrunta cu amintirea violului până când violatorul este condamnat și închis etc.

O altă strategie de creștere a siguranței din viața clientului este constituită de identificarea și îndepărtarea (temporară) a cât mai multor stimuli declanșatori cât este rezonabil posibil. Uneori clienții vor protesta față de îndepărtarea acestora. Ei insistă, de obicei, că trebuie să învețe să trăiască cu fricile lor. Cu toate acestea, uneori au nevoie de calmarea asociată îndepărtării unui stimul declanșator pentru a fi capabili mai târziu să tolereze să trăiască cu acesta. Îndepărtarea temporară a unui stimul declanșator, uneori, va reduce sau elimina efectul acestuia și poate fi readus în viața clientului cu consecințe minime sau inexistente.

Rodney a suferit frecvent episoade de depersonalizare. El pierduse pur și simplu senzația propriei pieli, ceea ce reprezintă o experiență foarte înspăimântătoare. I-am sugerat că ar putea-o recăpăta cu ajutorul unui duș rece (diferența de temperatură i-ar putea reda senzația pielii, periferia corpului său, – vezi o discuție despre granițele reprezentate de piele în Capitolul VII). Deși în principiu el a fost de acord cu această idee, era reticent să o încerce, mi-a spus, deoarece era îngrozit să facă un duș. „Oh!, i-am răspuns, Ce faci în schimb?".

„Doar îmi ţin răsuflarea şi fac totuşi unul, cât de repede pot", mi-a răspuns. El se supunea la această tortură în fiecare zi. La acel moment eram mai puţin interesată de motivul pentru care se temea de duş decât de îndepărtarea acestei terori zilnice din viaţa lui – oferindu-i astfel o anumită alinare. Investigând în continuare, am descoperit că nu se temea de apă sau de acţiunea de a se spăla, ci doar de duş. L-am întrebat dacă ar putea să îşi spele părul în chiuveta din bucătărie şi să se spele pe corp cu buretele. Da, ambele opţiuni ar fi bune. (Dacă spălatul în sine ar fi fost problema, ar fi fost nevoie de puţin mai multă ingeniozitate pentru a-i asigura o anumită alinare în limitele unei bune igiene.) Am negociat ca el să se oprească din a face duş timp de cel puţin trei săptămâni. După patru săptămâni mi-a comunicat că începuse din nou să facă duş zilnic. Încă nu îi plăcea foarte mult, însă nu mai era terorizat de acesta. Îndepărtarea acelui stimul declanşator pentru o perioadă scurtă de timp a fost suficientă pentru a reduce puterea pe care o avea asupra lui.

În cadrul terapeutic

Nici o psihoterapie a traumei nu poate şi nu ar trebui să aibă loc în lipsa unei relaţii mature şi sigure între client şi terapeut. Bineînţeles, nu este posibil ca un client să aibă încredere completă într-un psihoterapeut nou; nici nu ar fi recomandabil. Însă trebuie să existe o bază suficientă pentru construirea încrederii şi un anumit timp pentru ca fiecare să se obişnuiască cu celălalt. Unele cazuri de eşec terapeutic pot fi puse pe seama aplicării premature a tehnicilor – uneori în timpul primei întâlniri. Trebuie să existe cel puţin o şedinţă, preferabil minim două sau trei, înainte de a fi aplicate tehnici de psihoterapie a traumei, pentru a i se acorda timp clientului să cunoască terapeutul şi să aibă încredere în el. Însă nu există o regulă generală. Unii clienţi pot avea nevoie de ani până să fie pregătiţi să treacă de la construirea relaţiei la abordarea directă a amintirilor traumatice.

DEZVOLTAREA RESURSELOR ŞI REFAMILIARIZAREA CU ELE

Cu cât un client are mai multe resurse, cu atât terapia este mai uşoară şi prognosticul este mai bun. Când realizăm anamneza cazului, este bine să fim la fel de atenţi la resurse, cât şi la traume. Este recomandabil să se evalueze resursele şi să se construiască cele care lipsesc înainte de a se porni pe drumul dificil al terapiei traumei, cu toate că unele trebuie bineînţeles dezvoltate pe parcurs. Există cinci categorii principale de resurse: *funcţionale, fizice, psihologice, interpersonale* şi *spirituale.*

Resursele funcţionale includ aspectele practice, precum o locuinţă sigură, o maşină sigură, încuietori în plus etc. În plus, în timpul terapiei traumei poate fi necesar să furnizăm resurse sub formă de contracte protective cu clienţii. Această idee provine din Analiza tranzacţională (Goulding & Goulding, 1997). Un client traumatizat se confruntă adesea cu situaţii care oglindesc problemele care sunt explorate în terapie. Este un fenomen enigmatic, dar obişnuit. Clientul care îşi lucrează o traumă cauzată de un accident de maşină este foarte aproape de a face altul; cel care îşi lucrează urmările unui viol este urmărit noaptea etc. Termenul popular pentru acest fenomen este „sincronicitate". Contractele de siguranţă pot fi utile în aceste circumstanţe. De exemplu, poate fi util să se încheie cu un client care îşi lucrează TSPT cauzată de un accident de maşină un contract care să vizeze acordarea unei atenţii crescute şofatului în siguranţă sau un contract care vizează precauţia crescută din timpul nopţii cu un client care a fost atacat.

Forţa fizică şi agilitatea reprezintă exemple de resurse fizice. Pentru unii clienţi va fi benefic antrenamentul cu greutăţi, care creşte tonusul muscular. Pentru alţii, tehnici care exersează mişcări de protecţie corporală, precum antrenamentul de auto-apărare, vor fi suplimente utile la terapia traumei. În general, construirea de resurse fizice va acorda multor clienţi un sentiment mai puternic de încredere.

Daniel a suferit de anxietate de când a supraviețuit în urma unui cutremur puternic. Era hipervigilent, avea probleme de somn și avea chiar dificultăți în a face baie. Simțea că trebuie să fie mereu pregătit pentru următorul cutremur. Pe măsură ce vorbea, am observat o disonanță în postura sa. El părea că se lasă în mod confortabil pe spate în scaun, însă picioarele îi erau așezate pe podea într-o manieră care sugera că era pregătit să o ia la fugă. Când i-am evidențiat acest lucru, el a fost de acord că nu era capabil să se relaxeze în nici o situație; se pregătea mereu să se arunce sub cea mai apropiată masă sau să alerge către cel mai apropiat cadru de ușă pentru a se proteja. În plus, chiar în acel moment, ritmul său cardiac era crescut și palmele îi erau transpirate. L-am întrebat dacă exersase vreuna dintre aceste manevre de apărare. Nu făcuse acest lucru. I-am sugerat să o facă acum, urmând impulsul picioarelor sale deja poziționate în mod defensiv. A făcut-o, fugind către ușa cabinetului. A deschis-o și s-a ghemuit în cadrul ușii. L-am încurajat să repete acea mișcare de mai multe ori – de la scaun la cadrul ușii, la ghemuire. După trei exersări l-am întrebat despre ritmul său cardiac și despre umiditatea palmelor. Ambele se normalizaseră. L-am încurajat pe Daniel să continue să exerseze acasă și la muncă, găsind cele mai bune itinerare către siguranță. Până săptămâna următoare vigilența sa constantă se redusese în mod considerabil, deoarece până atunci el și-a ancorat în corp mișcările defensive necesare pentru a ajunge la protecție în timpul unui cutremur.

Resursele psihologice includ (dar nu sunt limitate la) inteligența, simțul umorului, curiozitatea, creativitatea (inclusiv talentele artistice și muzicale) și aproape toate mecanismele de apărare. Înțelegerea mecanismelor de apărare ca reprezentând strategii pozitive de coping de altădată oferă putere. Fiecare reprezintă o resursă pozitivă. Singurele excepții sunt apărările care rănesc alți oameni. Fiecare apărare a fost, la un anumit moment, o încercare (de obicei încununată de succes) de apărare a sinelui. Problema cu un mecanism de apărare nu este mecanismul în sine, ci faptul că este unilateral și, prin urmare, limitat. Ceea ce lipsește fiecărui mecanism de apărare este opțiunea opusului său (Rothschild, 1995b). Trei exemple:

1. Apărarea prin retragere nu reprezintă o problemă în sine – cine dintre noi nu are nevoie să se retragă uneori? Cu toate acestea, o persoană se află în dezavantaj când este capabilă doar să se retragă și niciodată să interacționeze cu alții. Pe de altă parte, persoana care se teme să fie singură și trebuie întotdeauna să se afle în compania celorlalți – care nu are capacitatea de a se bucura de singurătate – este la fel de defavorizată.
2. Persoana care întotdeauna își exprimă furia când este stresată este capabilă să se apere, însă uneori cu prețul îndepărtării celorlalți. Deși persoana care este incapabilă să își exprime furia poate evita alienarea, ea poate fi incapabilă să se apere când este necesar. Ambele strategii reprezintă resurse.
3. Mulți ar invidia un individ care se poate disocia atât de mult la dentist, încât dureroasa lucrare să poată fi făcută fără anestezie. Dar bineînțeles că disocierea necontrolată de un asemenea calibru poate cauza probleme în alte domenii ale funcționării de zi cu zi. Ceea ce trebuie făcut într-o astfel de situație este ajutarea clientului să învețe să își controleze disocierea, menținându-și abilitatea de a o realiza când aceasta este utilă (cum ar fi la dentist) și fiind capabil să se mențină prezent când acest lucru este mai sigur sau mai util (de exemplu, în timpul șofatului).

Soluția în cazul unui mecanism de apărare limitant nu este îndepărtarea acestuia, ci dezvoltarea polarității opuse pentru a oferi echilibru și opțiune. De asemenea, o astfel de viziune pozitivă poate ajuta clientul care se simte rușinat de modalitățile sale de apărare.

Rețeaua socială actuală a unui client, inclusiv partenerul de cuplu, alți membrii ai familiei și prietenii, constituie nucleul resurselor interpersonale. În plus, amintirea persoanelor

semnificative din trecutul clientului poate aduce la suprafață sentimente și senzații pozitive. Prietenii, părinții, bunicii, profesorii și vecinii de care clientul își amintește pot reprezenta cu toții resurse puternice utilizate pentru a facilita terapia. Animalele fac de asemenea parte din această categorie. Animalele de casă sunt adesea surse puternice de resurse – în special animalele prezente, dar adesea și animalele din trecut.

Dragostea lui Alex pentru alpinism a fost întreruptă când a căzut grav. A suferit o contuzie și și-a rupt o mână. Patru ani mai târziu încă era bântuită de imagini ale căderii, uneori trezindu-se cu transpirații reci în miezul nopții. Când mi-a spus despre cădere a pălit și respirația i s-a accelerat. Soțul ei nu era înțelegător. El nu fusese niciodată de acord cu preferința ei pentru acel sport și se înfuriase când ea a fost rănită. Faptul că accidentul o bântuia în continuare reprezenta pentru el o asigurare că ea nu va mai face alpinism. Când am explorat împreună consecințele accidentului (vezi Capitolul VIII pentru expunerea motivelor care stau la baza abordării în primul rând a consecințelor traumei), Alex și-a amintit că s-a simțit extrem de abandonată de soțul său. Reacția lui a fost mai dureroasă pentru Alex decât rănile ei fizice. Ea s-a întors acasă de la spital având nevoie de grijă și afecțiune, iar el a fost prea supărat pentru a i le oferi. El i-a satisfăcut nevoile de bază, însă nu a fost capabil să îi ofere sprijinul afectiv de care avea nevoie. „Cum ai depășit acel moment?", am întrebat-o. „Știi, a spus Alex, nu cred că aș fi reușit dacă nu era câinele meu Golden Retriever. Solo a stat cu mine zi și noapte, plecând de lângă mine doar pentru scurte perioade de timp". Am încurajat-o să-și aducă aminte acum de atenția lui Solo. Unde stătea? Cum îi simțea blana în mână? Putea să își amintească de căldura lui? Pe măsură ce își aducea aminte contactul cu Solo, Alex s-a calmat și a plâns încet. S-a simțit impresionată, amintindu-și de dragostea câinelui pentru ea. Respirația i s-a normalizat și i-a revenit culoarea în obraji.

Resursele spirituale includ credința într-o putere superioară, adoptarea doctrinelor unei figuri religioase, aderarea la o practică religioasă și comuniunea cu natura. Utilizarea re-

surselor spirituale ale unui client este uneori dificilă pentru terapeutul care are un sistem de credințe diferit. Trebuie să acceptăm această reacție contratransferențială, deoarece resursele spirituale pot reprezenta ajutoare foarte puternice pentru vindecarea bolilor traumatice. În plus, unele victime ale traumelor se simt trădate de credințele lor. Pentru acele persoane, recăpătarea relației pierdute cu spiritualitatea va constitui un pas esențial către vindecare.

Uneori, ajutarea clienților cu TSPT să privească la modul în care au supraviețuit traumelor și vieților lor reprezintă un sprijin în terapie. Fiecare supraviețuitor al unei traume a avut un anumit rol în supraviețuirea sa, chiar dacă a realizat acest lucru prin imobilitate sau prin disociere. Prin intermediul unui asemenea exercițiu, mulți descoperă cât de multe resurse au de fapt. Rezultatul poate fi foarte optimist. Să le reamintim clienților despre resursele lor poate cel puțin să prevină disperarea.

Arnold, în vârstă de cincizeci de ani, se afla în pragul spitalizării. Degradarea sa în urma unui incident traumatic de la muncă a avut drept rezultat convingerea că el nu mai avea nici o speranță și că nu mai putea fi ajutat. Se temea că abilitatea lui de-a face față vieții era atât de redusă, încât spitalizarea era singura soluție. Soția sa l-a obligat să mă sune și să facă o programare și a trebuit să îl conducă, deoarece anxietatea lui era prea mare ca să poată veni singur. Pe parcursul interviului inițial, Arnold a putut doar să se plângă în legătură cu toate capacitățile pe care le pierduse: nu mai putea să muncească, își pierduse prietenii, toată lumea îl abandona, era anxios tot timpul, nu putea să facă nimic de unul singur. M-am legat de acel ultim comentariu și am observat „Văd că ești proaspăt bărbierit. Cine te-a bărbierit astăzi?" „De ce, eu am făcut-o." a răspuns el. „Cine te-a îmbrăcat, atunci?" am întrebat eu în continuare. „M-am îmbrăcat singur", a răspuns el un pic suspicios. Am insistat: „Cine ți-a dat să mănânci la micul dejun?". „Nu am mâncat prea mult", a afirmat el. „E bine, am răspuns, dar ce ai mâncat, cine te-a

hrănit". „Ei bine, eu, bineînțeles!", a răspuns el, începând să devină puțin iritat din cauza mea. Până la finalul ședinței Arnold era puțin încurajat. Se convinsese atât de mult de neajutorarea sa totală, încât uitase că era încă foarte capabil să își satisfacă propriile trebuințe de bază. Bineînțeles că acest unic interviu nu a reprezentat o vindecare, însă a constituit un pas mic care i-a permis lui Arnold să rămână acasă.

OAZE, ANCORE ȘI LOCUL SIGUR

OAZE

Mulți clienți traumatizați beneficiază de pe urma implicării în activități care îi fac să uite de trauma lor. Ceea ce funcționează este diferit pentru fiecare, însă activitățile care distrag atenția au trăsături comune. O oază trebuie să fie o activitate care necesită concentrare și atenție. Privitul la televizor sau cititul nu funcționează bine de obicei, deoarece este ușor să aluneci în propriile gânduri. De regulă, au efectul scontat acțiunile care încă nu au devenit automate. De exemplu, tricotatul va funcționa pentru unii, dar nu pentru aceia care au făcut acest lucru toată viața lor – dacă nu este ales un model extrem de dificil, bineînțeles. Pentru unii va funcționa activitatea de a repara mașina, pentru alții grădinăritul; mulți găsesc că jocurile pe calculator sau cu cărți funcționează bine. Oricare activitate este aleasă, calitatea sa de oază va fi recunoscută prin intermediul conștienței corporale (vezi capitolul următor), prin reducerea hiperexcitării, precum și prin reducerea la tăcere a dialogului intern.

ANCORE

Conceptul de ancoră provine din programarea neurolingvistică (NLP) (Bandler & Grinder, 1979), însă a fost adaptat

pentru a fi utilizat în mai multe tipuri de psihoterapie a traumei. O ancoră este de fapt o resursă concretă, observabilă (spre deosebire de o resursă internă, cum ar fi încrederea în sine). Este preferabil ca ancora să fie aleasă din viața clientului, astfel încât să poată fi utilizate amintirile pozitive atât ale corpului, cât și ale minții. Exemplele includ o persoană (bunică, un profesor special, un partener de cuplu), un animal (un animal de casă preferat), un loc (acasă, un loc în natură), un obiect (un copac, o barcă, o piatră), o activitate (înotul, plimbarea, grădinăritul). O ancoră potrivită este aceea care îi dă clientului un sentiment (corporal și emoțional) de alinare și o stare de bine.

Când se abordează trauma, este util ca fiecare client să stabilească cel puțin o ancoră pe care să o folosească drept instrument de frânare oricând terapia devine dificilă. De asemenea, ancorele pot fi improvizate prin introducerea unei resurse observate anterior.

Când, în timpul interviului de evaluare, Cynthia mi-a povestit despre cea mai bună prietenă a ei, am observat că i s-a schimbat comportamentul. Ea intrase în cabinet aproape cerându-și scuze, temătoare și suspicioasă. A stat cu umerii lăsați, anxioasă și palidă. Totuși, când a vorbit despre prietena ei, Cynthia s-a desfăcut pur și simplu; capul i s-a îndreptat, iar pieptul i s-a lărgit. Obrajii i s-au colorat, iar respirația i s-a liniștit. Am desenat o stea lângă notițele mele despre prietena ei. Mai târziu în timpul interviului, Cynthia a devenit foarte palidă în timp ce îmi spunea despre multele traume pe care le suferise. Mi-a menționat că inima îi bătea foarte tare. În acel moment am întrerupt-o și i-am sugerat să ne întoarcem la unele lucruri pe care le menționase anterior: „Care era numele prietenei tale? Am uitat să mi-l notez. Spune-mi câte ceva despre ea". Doar menționarea prietenei sale i-a redus hiperexcitarea Cynthiei. În timp ce vorbea despre aceasta i-a revenit culoarea în obraji și mi-a spus că ritmul cardiac i se încetinise. Când a fost mai relaxată, a putut să relateze mai ușor incidentele traumatice despre care considera că ar trebui să știu.

Ancorele pot fi utilizate de asemenea pentru resemnificarea unui eveniment traumatic – nu este vorba despre a schimba faptele, ci impresia internă.

Într-o ședință ulterioară din terapia Cynthiei, am putut să utilizez din nou subiectul prietenei celei mai bune. Cynthia tremura pe măsură ce îmi relata un incident de abuz din partea mamei sale. Fusese îngrozită și prea mică pentru a se putea apăra. Am întrebat-o „Cum ar fi fost diferit acel incident dacă prietena ta cea mai bună ar fi fost acolo?". „Ei, asta nu este posibil", mi-a răspuns Cynthia, „Nu o cunoșteam atunci!". Am insistat: „Bineînțeles, însă dacă ai fi cunoscut-o și dacă ar fi fost acolo atunci, ce ar fi fost diferit?". „Ei bine, ar fi oprit-o pe mama de tot. Prietena mea este mai mare decât era mama, ar fi putut să o înfrângă!" „Dacă îți amintești acel incident acum," i-am sugerat, „și îți imaginezi că prietena ta este acolo, ce simți în corp?" „Mă simt mai calmă. (Începe să plângă.) Îmi doresc să fi fost acolo, a fost atât de groaznic!". Lacrimile erau calme și vindecătoare. Pentru prima dată, Cynthia începea să plângă pentru suferința sa.

Introducerea unei ancore, în special a uneia din viața actuală a clientului, nu poate – în nici un fel – să schimbe realitatea, însă ar putea să ofere o impresie nouă și să ajute la separarea traumei trecute de viața prezentă.

Utilizarea ancorei este ușoară. Când hiperexcitarea devine prea ridicată, psihoterapeutul doar schimbă subiectul. „Hai să ne oprim pentru un moment. Spune-mi despre [introduceți ancora]". Conexiunea poate fi întărită prin oferirea unor indicii senzoriali care sunt asociați cu ancora. Una dintre cele mai mari dificultăți în ceea ce privește utilizarea ancorelor este să ne obișnuim să întrerupem „fluxul" clientului. Atât terapeutul, cât și clientul capătă o mai mare toleranță pentru asemenea întreruperi când este clar cât de mult ajută introducerea ancorelor procesul terapeutic. Ancorele fac posibilă continuarea abordării amintirilor dificile, în timp ce periodic se reduce ni-

velul bazal al hiperexcitării, fără să i se permită să se acumuleze tot mai mult. De fiecare dată când se utilizează ancora, hiperexcitarea se reduce. Când clientul reîncepe să lucreze cu trauma, o face dintr-un nivel mai scăzut decât înaintea pauzei. În acest mod, o amintire traumatică poate fi abordată în întregime fără ca hiperexcitarea să iasă de sub control.

abordarea traumei → hiperexcitare → ancoră → excitare scăzută

Utilizarea ancorei este prezentată în ședința de psihoterapie detaliată la sfârșitul Capitolului VI.

LOCUL SIGUR

Locul sigur reprezintă o ancoră specializată. A fost utilizat pentru prima dată în hipnoză pentru reducerea stresului provocat de lucrul cu amintirile traumatice (vezi de ex. Napier, 1996). Un loc sigur reprezintă un loc de protecție actual sau amintit (Jørgensen, 1992). Este preferabil ca locul sigur să reprezinte o locație reală, materială, pe care clientul a cunoscut-o în viață. Ca atare, va exista o rezonanță somatică în amintirea acestuia – imagini, mirosuri, sunete etc., conectate cu acel loc vor fi înregistrate toate ca urme ale memoriei senzoriale – care îl va face foarte accesibil și util pentru client. Clientul își poate imagina locul sigur în timpul perioadelor de stres și de anxietate sau acesta poate fi utilizat precum oricare altă ancoră, pentru a reduce hiperexcitarea în timpul unei ședințe de psihoterapie.

Și când nimic nu funcționează?

Câțiva clienți vor părea că sunt incapabili să își imagineze și/sau să utilizeze imagini liniștitoare ale ancorelor sau ale locurilor

sigure. Ce se poate întâmpla în cazul unor asemenea indivizi este că de fiecare dată când încep să vizualizeze o ancoră sau un loc sigur, acestea devin într-un fel contaminate și nu mai oferă sentimentul de siguranță. Această capcană poate apărea când clientul este convins că este controlat de fantezie și nu că el controlează fantezia. De exemplu, un client care are drept ancoră pe bunicul său iubitor își va aminti dintr-o dată o dezamăgire din partea acestuia sau un client va deveni speriat că un loc sigur din pădure ar putea fi invadat. Când se întâmplă acest lucru, terapeutul trebuie să aibă o discuție sinceră cu clientul său, în primul rând amintindu-i acestuia că este vorba de fantezia sa și că el poate să facă orice își dorește și apoi explicându-i că nu este nevoie de ancora perfectă sau de locul sigur perfect, ci de unele care sunt „suficient de bune". Locul sigur și persoana sigură din vizualizarea sa pot fi controlate în feluri în care locurile și persoanele reale nu pot fi. De exemplu, limitarea ancorei la amintirile cele mai bune sau ideale în legătură cu bunicul. O altă strategie ar putea fi vizualizarea unei bariere (vizibilă sau invizibilă) în jurul locului sigur din pădure și/sau a unor santinele postate pentru protecție (Bodynamic, 1988-1992). În aceste circumstanțe sunt adesea utile înfrumusețările imaginate care folosesc la întărirea efectului calmant al ancorei sau al locului sigur.

Problemele legate de toleranța emoțiilor pozitive pot limita de asemenea utilitatea unei ancore sau a unui loc sigur. Un număr mic de clienți vor deveni anxioși când își imaginează sau chiar se află în situații sau au stări afective pozitive. Pentru unii clienți cu TSPT este dificil să diferențieze reacțiile sistemului nervos sub formă de emoții pozitive (fericire, încântare etc.) de cele sub formă de anxietate; ritmul cardiac crescut și respirația mai rapidă le pot însoți pe ambele. Antrenamentul de conștientizare corporală (vezi capitolul următor) va ajuta la realizarea acestei discriminări, având în vedere că anxietatea este însoțită de obicei de paloare și temperatură scăzută a feței și a extremităților, în timp ce încântarea și fericirea sunt însoțite de obicei de culoare și temperatură intensificate.

O altă problemă legată de toleranța emoțiilor pozitive apare când clientul se teme să se simtă bine deoarece anticipează că această stare nu va dura. Din nou, conștiența corporală poate fi utilă să ajute la recunoașterea faptului că nici o stare emoțională sau somatică nu durează pentru totdeauna. A învăța să fie atent la fluxul și refluxul senzațiilor somatice poate întări ideea că stările emoționale de asemenea au o ciclicitate.

IMPORTANȚA TEORIEI

Una dintre modalitățile prin care psihoterapeutul poate crește siguranța terapiei traumei este familiarizarea cu psihoterapia traumei. Când terapeutul știe ceea ce face și motivația acelui lucru, va putea face mai puține greșeli. Teoria este mai utilă decât tehnica, deoarece tehnicile pot eșua, în timp ce teoria rareori dezamăgește. Când cineva este foarte versat în teoria traumei, nu este necesar nici măcar să știe foarte multe tehnici, deoarece se vor ivi idei de intervenții din înțelegerea și aplicarea teoriei la un anumit client, un anumit moment, o anumită traumă. Mai mult, când un terapeut cunoaște foarte bine teoria, devine posibil să adapteze terapia la nevoile clientului mai degrabă decât să necesite adaptarea clientului la cerințele unei tehnici specifice.

Câteodată va fi chiar nevoie să i se predarea clientului teoria în sine. Predarea teoriei este utilă în special când clientul are traume multiple și nu este pregătit pentru aplicarea tehnicilor. Două exemple:

Fred s-a străduit o perioadă de timp să facă legătura între reacțiile sale fiziologice debilitante și bătăile pe care le-a primit când era copil. Știa în mod rațional că trebuia să existe o cone-

xiune, însă nu o putea simți. Într-o zi el a venit la terapie foarte deprimat. Era îngrijorat deoarece „avea gânduri de suicid" – ceea ce era neobișnuit pentru el. Pe măsură ce am explorat sentimentele lui și conștiența sa corporală, el a început să plângă: „Nu că aș vrea să mor, dar mă simt atât de mort în interior". Mi s-a format o imagine în minte. L-am întrebat dacă a văzut vreodată un șoarece prins de o pisică. Deoarece crescuse într-o zonă rurală, văzuse de multe ori acest lucru; și-a amintit că șoarecele „face pe mortul". I-am cerut să se gândească la comportamentul șoarecelui, ceea ce a condus la o discuție despre sistemul nervos autonom și teoria reacțiilor de imobilizare. El a fost foarte impresionat, fiind capabil să se identifice cu șoarecele care are talentul de a supraviețui prin a face pe mortul. El și-a amintit că a făcut același lucru de mai multe ori, ca reacție la bătăi. După câteva minute în care am lăsat informația să își facă efectul, a înțeles. Fred a realizat că până la urmă nu avea gânduri de suicid, ci intra în legătură cu propriul „șoarece". Ușurarea lui era evidentă. Acea ședință a reprezentat un catalizator pentru ce s-a întâmplat în continuare în terapie. Deoarece găsise o explicație pozitivă pentru starea lui de letargie, el a devenit mai puțin temător față de identificarea altor senzații corporale și a legăturilor lor cu trecutul său traumatizat. Senzații care înainte erau înspăimântătoare s-au transformat din dușmani în prieteni (după cum un șoarece face pe mortul pentru a supraviețui).

Scott a venit la psihoterapie deoarece la douăzeci și ceva de ani nu avea încredere în sine. O problemă importantă era incapacitatea lui de a lua examenul de permis de conducere; picase de numeroase ori. Se simțea ca un ratat – toți prietenii săi luaseră examenul și începuseră să conducă. Părinții lui erau frustrați și nu puteau înțelege care era problema lui. Instructorul lui auto a observat că Scott putea conduce mașina foarte competent uneori, în timp ce alteori nici nu observa un camion care era chiar lângă el. Instructorul nu știa ce să mai facă.

Analizând mai îndeaproape problema în timpul primei noastre ședințe, modul în care Scott și-a descris dificultatea suna

aproape ca un tip de disociere. El se „zăpăcea" și pierdea din vedere ceea ce făcea și unde mergea. Pe măsură ce Scott îmi descria acest fenomen, a început să se disocieze în mod similar chiar în timpul ședinței de terapie. El a pierdut șirul a ceea ce urma să spună, a devenit foarte palid și îmi auzea vocea ca de la o mare distanță. Am schimbat subiectul, aducând în atenție ceva pozitiv menționat anterior și s-a stabilizat. Atunci a fost capabil să reia firul a ceea ce intenționase să spună.

După ce am făcut anamneza cazului, care a inclus mai multe incidente traumatice anterioare, am mers mai departe explicându-i funcția SNA și fenomenul de disociere. Scott a fost capabil să își identifice cu ușurință reacția disociativă și să speculeze în legătură cu cauza acesteia. Impactul a fost impresionant. Până în ședința următoare el nu s-a mai gândit la sine ca la un șofer incompetent și bun de nimic. Și-a dat seama că avea o dificultate de a conduce, nu pentru că era ceva intrinsec în neregulă cu el, ci pentru că a avut unele experiențe trecute care aveau încă un efect nociv asupra lui. A putut să le explice acest lucru părinților și prietenilor săi, care majoritatea au devenit mai înțelegători. În mod uimitor, a fost capabil să utilizeze informațiile și experiența de a controla disocierea din timpul ședinței pentru a-și scădea disocierea din timpul șofatului. El își distrăgea gândurile către ceva pozitiv și apoi era capabil să își concentreze atenția la drum. Scott a avut un succes atât de mare, încât a putut să ia examenul imediat după aceea. El, instructorul, părinții și prietenii au fost uimiți cu toții.

Mai mult, deoarece percepția lui Scott în ceea ce privește problema lui s-a schimbat de la o inaptitudine înnăscută la una legată de incidente traumatice trecute, el și-a schimbat imaginea de sine. El a început să se perceapă pe sine ca pe cineva care are de depășit experiențe anterioare și nu ca pe un „neghiob incapabil". Această schimbare i-a dat lui Scott curajul să își asume alte sarcini, atât fizice, cât și interpersonale, despre care anterior credea că îl depășeau.

Bineînţeles, asemenea schimbări dramatice nu reprezintă o regulă. Însă în multe situaţii teoria constituie o cheie ce deblochează o mulţime de resurse.

RESPECTAREA DIFERENŢELOR INDIVIDUALE

Putem reduce erorile terapeutice dacă renunţăm la expectanţa ca o intervenţie să funcţioneze în acelaşi fel pentru doi clienţi. În cazul în care o tehnică nu funcţionează, este indicat ca terapeutul să încerce să determine cauza eşecului plecând de la momentul intervenţiei, tehnica aleasă sau modul în care aceasta a fost aplicată, nu de la client. Aveţi în vedere că poate nu a fost încă descoperită nevoia clientului. Această perspectivă îl va ajuta pe terapeut să nu îl învinovăţească pe client pentru „rezistenţă". Mai mult, este o idee bună ca orice psihoterapeut care lucrează cu TSPT să fie format în mai multe metode. Acest lucru va contribui în mare măsură la asigurarea faptului că terapia este adaptată special pentru nevoile clientului și nu invers. Și bineînţeles că terapeutul trebuie să fie pregătit pentru acele situaţii în care cea mai bună tehnică o reprezintă neaplicarea nici unei tehnici. Uneori cea mai eficientă intervenţie este aceea de a fi alături de client, vorbind despre lucruri mondene.

ZECE FUNDAMENTE PENTRU O PSIHOTERAPIE A TRAUMEI SIGURĂ

Lista următoare condensează cele mai importante puncte ale terapiei traumei desfășurată în siguranţă și servește drept un sumar al acestui capitol.

1. Mai întâi de toate: Construiţi siguranţa clientului în cadrul terapiei și în afara ei.

2. Dezvoltaţi o relaţie bună între terapeut și client ca o condiţie prealabilă abordării amintirilor traumatice sau aplicării oricărei tehnici – chiar dacă acest lucru durează luni sau ani de zile.
3. Clientul și terapeutul trebuie să stăpânească aplicarea „frânei" înainte de a utiliza „acceleraţia".
4. Identificarea și dezvoltarea resurselor interne și externe ale clientului.
5. Consideraţi apărările ca fiind resurse. Nu „scăpaţi" niciodată clientul de strategii de coping/mecanisme de apărare; în schimb, creaţi mai multe opţiuni.
6. Priviţi sistemul traumei precum o „oală sub presiune". Întotdeauna lucraţi pentru a reduce presiunea, niciodată pentru a o creşte.
7. Adaptaţi terapia la client, mai degrabă decât să aşteptaţi să se adapteze clientul la terapie. Acest lucru necesită ca terapeutul să cunoască mai multe teorii și modele terapeutice.
8. Aveţi o cunoaștere vastă a teoriei – atât psihologia, cât și fiziologia traumei și TSPT. Acest lucru reduce erorile și îi permite terapeutului să creeze tehnici adaptate nevoilor unui client specific.
9. Aveţi în vedere clientul cu diferenţele sale individuale și nu îl judecaţi pentru lipsa sa de complianţă sau pentru eșecul unei intervenţii. Să nu vă aşteptaţi niciodată ca o intervenţie să aibă același rezultat în două cazuri.
10. Psihoterapeutul trebuie să fie pregătit, uneori – sau chiar pe tot parcursul terapiei – să lase deoparte vreuna sau toate tehnicile și doar să vorbească cu clientul.

În capitolul următor vor fi prezentate principiile și tehnicile pentru a dezvolta resursele clientului, pentru încetinirea procesului și pentru frânare.

CAPITOLUL ȘASE

CORPUL CA RESURSĂ

Îndemn

Sufletu-i poate o simplă amăgire,
Mintea poate n-are nici un sens.
Să prețuim așadar acea chemare
A celor ce putem gusta și simți.

Piet Hein

Beneficiile potențiale ale posibilității de a folosi corpul ca o resursă în terapia traumei și TSPT nu pot fi exagerate, indiferent de modelul terapeutic. În acest capitol vor fi prezentate strategii ce nu necesită atingere și intervenții de creștere a resurselor somatice – transformând corpul într-un aliat. Majoritatea ar trebui să găsească ideile prezentate aici ca fiind ușor adaptabile propriului stilul de lucru.

CONȘTIENȚA CORPORALĂ

Utilizarea propriei conștiențe a clientului în ceea ce privește starea corpului său – percepția lui despre senzațiile coexistente și precise care rezultă de la stimulii externi și interni – reprezintă un instrument foarte util în tratamentul traumei și TSPT. Conștientizarea stimulilor senzoriali din prezent reprezintă principala noastră conexiune cu aici și acum; ea constituie de asemenea o legătură directă cu emoțiile noastre.

Simpla conștientizare corporală, utilizată ca un instrument terapeutic, face posibilă evaluarea, încetinirea și oprirea hiperexcitării traumatice și separarea trecutului de prezent. Mai mult, conștientizarea corporală reprezintă un prim pas către interpretarea memoriei somatice.

Practica focalizării pe senzațiile și procesele corporale nu este nouă. Există multe terapii centrate pe corp care, mai mult sau mai puțin, folosesc conștientizarea corporală drept fundamentul sau anexa metodelor lor. Utilitatea creșterii conștientizării stării corpului are origini străvechi în practicile orientale de meditație și yoga. Ideea utilizării conștientizării corporale ca un instrument în psihoterapia occidentală a fost prezentată pentru prima dată de către terapeutul Gestalt, Fritz Perls în *Ego, Hunger and Aggression (Eul, foamea și agresivitatea)* în 1942. Apoi aceasta a fost popularizată în cartea sa din 1969, *In and Out of the Garbage Pail (În interiorul și în afara coșului de gunoi)*. Exerciții de dezvoltare personală bazate pe principiul conștientizării al lui Perls – urmărirea modificărilor în conștientizarea senzorială clară a mediilor interne și externe – au fost publicate doi ani mai târziu în *Awareness: Exploring, Experimenting, Experiencing (Conștientizare: explorare, experimentare, trăire)* de către John O. Stevens.

Acordarea de atenție corpului nu a fost un element central, în mod obișnuit, în tratamentul psihoterapeutic al traumei și TSPT. Cu toate că s-a dovedit că TSPT este însoțită de senzații corporale tulburătoare și comportamente evitante (APA, 1994), în psihoterapie nu s-a acordat prea des atenție senzațiilor și mișcării ca parte a strategiei de tratament a traumei.

Ce este conștienta corporală?

Este dificil de definit ceva atât de subiectiv precum *conștienta corporală*. Următoarea definiție trebuie să fie satisfăcătoare

pentru scopul acestei discuții și pentru mențiunile ulterioare din această carte:

> Conștienta corporală presupune conștientizarea precisă și subiectivă a senzațiilor corporale care sunt provocate de stimuli ce provin atât din afara, cât și din interiorul corpului.

Conștienta corporală depinde de conștientizarea semnalelor care vin de la sistemul nervos senzorial, despre care am discutat anterior. Doar pentru a vă împrospăta memoria, conștienta corporală generată de exteroceptori provine de la stimuli care își au originea în afara corpului (simțul tactil, gust, miros, auz, văz).

Conștienta corporală generată de interoceptori constă în senzații care provin din interiorul corpului (țesut conjunctiv, mușchi și viscere). Conștienta corporală nu este o emoție precum „frica". Emoțiile sunt identificate printr-o combinație de senzații corporale distincte:

> respirație superficială + ritm cardiac ridicat + transpirații reci = frică

Termenii care ajută la identificarea senzațiilor corporale variate includ (dar nu sunt limitate la):

> respirație: localizare, viteză și profunzime; poziția unei părți a corpului în spațiu; umiditatea pielii (uscată sau umedă); cald, umed; tensiune, relaxare; mare, mic; neliniște, calm; mișcare, neclintire; ameteală; tremurat, furnicături; presiune, întindere; rotație, răsucire; contracție, expansiune; puls, bătăile inimii; durere, arsuri; vibrație, agitație; slab, puternic; somnolență, veghe; căscat; lacrimi, plâns; ușor, greu; fin, aspru; strâns, larg; strâmb, drept; echilibrat, instabil; drept, aplecat; fluturași; tremurat; gol, plin.

DEZVOLTAREA CONȘTIENȚEI CORPORALE

Mulți clienți au deja o idee clară despre ceea ce simt în corp și vor putea să vă comunice acest lucru. În cazul lor puteți trece direct la utilizarea conștienței lor corporale ca o resursă (vezi capitolul următor). Cu toate acestea, există unii clienți care nu vor putea răspunde când sunt întrebați „Ce simți (sau conștientizezi) în corp chiar acum?" S-ar putea ca ei să nu-și simtă deloc senzațiile corporale sau să simtă ceva, dar să nu aibă vocabularul ce descrie senzațiile respective. Alții vor avea un contact atât de redus cu propriul corp, încât când li se adresează aceeași întrebare, ei răspund cu un subiect total diferit „Simt precum ceea ce îți spuneam despre șeful meu săptămâna trecută..."

Dar nu vă pierdeți speranța. Majoritatea clienților pot învăța să-și identifice senzațiile și să le acorde o mai mare atenție. Mulți chiar vor găsi experiența foarte satisfăcătoare. Exercițiul următor ilustrează conștientizarea corporală elementară:

- *Mai întâi, nu mișca. Observă poziția pe care o ai chiar acum.*
- *De ce senzații devii conștient? Explorează-ți întregul corp: observă-ți capul, gâtul, pieptul, spatele, stomacul, fesele, picioarele, tălpile, brațele și mâinile.*
- *Te simți confortabil? – Nu te mișca încă.*
- *Cum îți dai seama dacă te simți sau nu confortabil? Care senzații indică confortul/disconfortul?*
- *Ai un impuls de a-ți schimba poziția? – Nu o face încă, doar observă impulsul.*
- *De unde vine acel impuls? Dacă ți-ai schimba poziția, ce parte a corpului ai schimba mai întâi? – Nu o face încă. Mai întâi urmărește acel impuls până la disconfortul care îl motivează: Gâtul îți este încordat? O zonă începe să-ți amorțească? Degetele picioarelor îți sunt reci?*
- *Acum urmează-ți impulsul și schimbă-ți poziția. Ce schimbări au avut loc în corpul tău? Respiri mai ușor? Ți s-a alinat o durere sau o zonă de încordare? Te simți mai vigilent?*

- *Dacă nu ai nici un impuls de a-ți schimba poziția probabil că te simți confortabil. Observă care indicii corporale îți transmit semnalul că te simți confortabil: Umerii tăi sunt relaxați? Respirația ta este profundă? Corpul tău este în general cald?*
- *În continuare, schimbă-ți poziția, fie că te simți sau nu confortabil (din nou, dacă ai făcut-o deja mai înainte). Schimbă locul și felul în care stai. Mută-te în altă parte: Încearcă un scaun nou, stai în picioare sau așează-te pe podea. Asumă-ți o poziție nouă și menține-o. Apoi evaluează din nou: Te simți sau nu confortabil? Care senzații corporale îți indică: încordare, relaxare; căldură, frig; durere; amorțire; profunzimea și localizarea respirației etc. De această dată observă de asemenea dacă ești mai alert sau mai vigilent în această poziție decât în cea anterioară.*
- *Încearcă o a treia poziție. Evaluează la fel ca mai sus.*
- *Notează-ți repede câteva însemnări despre experiența ta, păstrând limbajul senzației corporale: încordare, temperatură, respirație etc. „Când stăteam în scaunul meu am simțit încordare în umeri și tălpile îmi erau calde. Când m-am mișcat ca să stau în picioare pe podea, tălpile mi-au devenit reci și umerii mi s-au relaxat..."*

Exercițiul de mai sus poate fi adaptat pentru clienți. Îi va ajuta pe mulți să înțeleagă ideea de identificare a senzațiilor corporale, deși unii nu o vor face. Continuarea exercițiului în următoarele ședințe de terapie, cu întrebări despre conștiența corporală va întări și dezvolta mai mult această resursă.

Pentru clienții care nu pot diferenția senzațiile când își explorează corpul, pot fi utile întrebări specifice: „Care este senzația din stomacul tău chiar acum?", „Care este temperatura mâinilor tale?", „Observi unde se duce respirația ta?" etc.

În cazul acelora pentru care întregul subiect de conștiență corporală este totuși prea străin, înfricoșător, prematur și/sau frustrant, adesea este posibil ca acesta să fie abordat mai întâi indirect. O modalitate de a încuraja conștientizarea corporală la asemenea clienți este prin a le cere părerea despre temperatura camerei, dacă perna de pe scaun este moale sau fermă ori dacă le e sete și doresc să bea ceva. O altă strategie de

a dezvolta conștientizarea corporală ar fi explorarea simțului kinestezic: „Fără să privești, poți să îți dai seama cum îți sunt poziționate picioarele (sau mâinile) chiar acum?"

Angie încerca să stea departe de soțul ei abuziv. Uneori el apărea în locul unde ea locuia, iar ea pleca cu el. Abia mai târziu își dădea seama că făcuse o greșeală. Era ca și cum intra într-o stare modificată de conștiință. O supăra foarte mult că nu își putea controla comportamentul, fără a mai vorbi de faptul că nu putea să descrie acea stare; se simțea prost și îi era rușine. Conștientizarea corporală a fost în general dificilă pentru Angie, însă deși simțea un anumit grad de anxietate, era dispusă să încerce. Am hotărât să nu o întreb în mod specific despre corpul ei, deoarece ea s-ar fi putut simți repede frustrată dacă nu ar fi dat răspunsul „corect". Am întrebat-o în schimb „Poți simți scaunul de sub șezutul tău?" Putea să îl simtă. Am riscat: „Cum se simte?" Ea a putut descrie cum se simțea consistența pernei, precum și faptul că scaunul era instabil deoarece un picior era puțin mai scurt decât celelalte. „Te simți mai anxioasă, mai puțin sau la fel de anxioasă față de când ai sosit?". Ea se simțea o idee mai puțin anxioasă. Până aici, toate bune; puteam să îndrăznesc puțin mai mult. „Tu poți simți acum scaunul de sub tine. Consideri că atunci când soțul tău este lângă tine ai putea simți scaunul?". Interesul ei a crescut când a răspuns la întrebare: „Nu, nu cred că aș putea. De fapt, nu cred că pot simți nimic când sunt în preajma lui". Pentru prima dată, putea descrie un aspect al stării ei modificate: absența senzațiilor. Prin intermediul acestei scurte conexiuni cu corpul ei, Angie a început deja să înțeleagă că dacă nu putea simți nimic în prezența soțului ei, ea consimțea cu ușurință. Acesta a reprezentat un pas mic pe calea spre dobândirea controlului asupra propriei vieți.

În câteva cazuri va fi posibilă eliminarea unor simptome ale traumei doar prin utilizarea conștientizării corporale. O asemenea intervenție nu va rezolva neapărat trauma, însă poate contribui mult la restabilirea funcționării normale. În acel moment, clientul va fi mult mai bine poziționat pentru a decide direcția terapiei sale.

Carl a început să aibă flashback-uri periodice și atacuri de panică frecvente în adolescență, după două experiențe neplăcute în urma consumului de LSD. A apelat la ajutorul medicului, dar fără nici un folos. La vârsta de 25 de ani, s-a hotărât să încerce psihoterapia. După câteva ședințe, Carl a putut să identifice și să descrie ce anume inițiа atacurile de panică actuale. Era o senzație viscerală distinctă, pe care a recunoscut-o ca precedând declanșarea unui flashback. Când simțea acea senzație, se temea că urma să aibă un alt flashback și intra în panică. Nu îl ajuta faptul că frecvența flashback-urilor propriu-zise descrește a. Acea senzație viscerală îl speria și declanșa atacurile de panică.

Am discutat despre alternativele sale. Existau două direcții posibile pentru terapia sa: (1) concentrarea pe situația aici și acum (senzația viscerală și atacurile de panică) sau (2) sondarea trecutului (experiențele neplăcute provocate de consumul de LSD). Carl nu vroia să se apropie de amintirile acelor experiențe provocate de LSD, însă era dispus să lucreze centrat pe situația sa actuală. În continuare, am dezvoltat conștientizarea corporală și am explorat modul specific în care simțea senzația viscerală când aceasta apărea. I-am cerut lui Carl să devină un detectiv și de fiecare dată când îi apărea senzația, să noteze cu atenție la ce oră, în ce circumstanțe, cât de mult dura etc. Pe parcursul săptămânilor următoare el a aflat că avea de obicei senzația aceea în cursul dimineții, în zilele în care era constipat. În zilele în care avea scaun dimineața, nu se mai confrunta cu nici o senzație și nici nu mai era panicat. Atunci direcția a devenit clară.

Următoarea sarcină a fost ca el să-și observe rutina de dimineață și meniul de la micul dejun pentru a afla ce era diferit în zilele fără panică. Acest lucru a fost simplu. În diminețile în care se trezea cu cel puțin o oră și jumătate înainte să trebuiască să plece la serviciu și apuca să mănânce micul dejun, era în regulă. În diminețile cu panică, sărise din pat cu doar o jumătate de oră înainte de a fugi pe ușă, bând rapid o ceașcă de cafea și trecând cu totul peste micul dejun. I-am sugerat că efectul cafeinei nemoderat de proteine sau carbohidrați împreună cu scăderea glicemiei cauzate de sărirea peste micul dejun au contribuit probabil la vulnerabilitatea lui la panică în acele zile. Carl a început de bună voie un program riguros de trezit devreme și mic dejun zilnic. Într-o perioadă de timp foarte scurtă, atacurile de panică au dispărut în întregime. În acel punct, el

a decis să întrerupă terapia, având în vedere că obiectivul său fusese atins. Cu toate acestea, experiența sa cu psihoterapia a fost atât de pozitivă, încât era hotărât să revină în decursul anului pentru a-și aborda temerile de flashback-uri și impactul experiențelor neplăcute legate de consumul de LSD.

O atenționare: Există mai multe situații în care este contraindicată învățarea conștientizării corporale. Iată două exemple (cu siguranță există și altele): (1) Unele traume sunt atât de dăunătoare pentru integritatea corporală, încât orice încercare de a simți corpul va accelera prea mult contactul cu trauma sau traumele, provocând sentimente copleșitoare și riscând decompensarea; (2) există clienți care se vor simți presați să-și simtă corpul „în mod corect" și astfel vor dezvolta un tip de anxietate de performanță. În cazul unor astfel de clienți sarcina dezvoltării conștientizării corporale trebuie lăsată deoparte în favoare activităților ale căror fundamente au fost descrise în capitolul anterior – dezvoltarea siguranței, stabilirea relației terapeutice, construirea resurselor interne și externe, identificarea oazelor. Mai târziu, când astfel de clienți se simt mai calmi, forarea în teritoriul intimidant al senzațiilor corporale devine de obicei mai gestionabilă.

ÎMPRIETENIREA CU SENZAȚIILE

După cum poate fi văzut în studiul de caz anterior, clienții cu TSPT, în special cei cu anxietate și atacuri de panică, ajung adesea să-și considere senzațiile corporale curente ca fiind periculoase când le amintesc de trauma anterioară. Când diferențierea senzațiilor sigure de cele periculoase nu este posibilă, toate senzațiile pot fi percepute ca fiind periculoase. Printr-un antrenament de conștientizare corporală realizat la momentul și în ritmul potrivit, un client poate fi obișnuit din nou cu rolul prietenos al senzațiilor.

Senzațiile reprezintă un reper. Ele ne anunță când suntem obosiți, alertați, înfometați, sătui, însetați, îndestulați, înfrigurați, încălziți, simțim confort sau disconfort, suntem fericiți, triști etc. În cazul clienților care se tem să-și simtă senzațiile sau al celor care își doresc să nu le fi avut, poate fi edificatoare explorarea consecințelor faptului de a nu putea simți durerea sau senzațiile care indică frica. *Cum ai ști dacă oala este prea fierbinte pentru a putea fi atinsă? Ai putea să te arzi și să nu-ți dai seama. Cum ai ști care sunt limitele exercițiului fizic? Te-ai răni în mod frecvent. Dacă nu ai simți frica, cum ai ști să nu te plimbi singur pe o stradă părăsită sau să nu te apropii de un câine pe stradă?* Nu durează mult până când ei realizează că viața ar fi foarte periculoasă dacă senzațiile și emoțiile nu ar putea fi percepute.

Prin intermediul antrenamentului progresiv de conștientizare corporală, clienții devin familiarizați cu propriile senzații corporale. De obicei, ei descoperă că, cu cât le cunosc mai bine, cu atât ele devin mai puțin înfricoșătoare.

CONȘTIENȚA CORPORALĂ ȘI BAZA IDENTIFICĂRII EMOȚIILOR

Vă puteți aminti, din expunerea din Capitolul III a teoriei lui Damasio despre markerii somatici, că fiecare emoție are un set discret de senzații corporale asociate ei, cu toate că senzațiile corporale individuale pot fi comune mai multor emoții. În cazul clienților care nu își pot identifica și denumi emoțiile (termenul clinic este *alexitimici*), realizarea conștientizării corporale este inestimabilă.

O strategie de a ajuta clienții să-și identifice emoțiile presupune profitarea de situațiile în care terapeutul observă o expresie emoțională la client: expresie facială, postură, tona-

litatea vocii. Acesta este un moment bun pentru a întrerupe discuția sau tehnica în curs și a întreba clientul: „De ce anume ești conștient în corpul tău chiar acum?" sau, mai specific „Ai observat că tocmai ți s-a modificat respirația (sau că ți s-a încins fața, sau cât de greu ți-a fost să înghiți acum un moment)?".

Asocierea progresivă a stărilor corporale se poate acumula până când clientul experimentează mai multe simultan. În acel moment clientul poate fi întrebat dacă anterior în viața sa a mai experimentat acele senzații împreună și, dacă da, ce emoție simțea atunci. O altă posibilitate este să externalizăm experiența prin a întreba clientul ce ar simți altcineva dacă ar avea aceleași senzații corporale.

CORPUL CA ANCORĂ

Conștientizarea senzațiilor corporale curente poate ancora o persoană în prezent, aici și acum, facilitând separarea trecutului de prezent. E mai puțin probabil ca o persoană să rămână pierdută sau blocată în trecut și în același timp să fie conștientă de senzațiile sale corporale. Acest aspect este foarte important când se lucrează cu trauma și cu TSPT, deoarece atracția către amintirile din trecut poate fi mare, iar decompensarea severă. Simțirea corpului este o activitate din prezent. O persoană își poate aminti o senzație, însă simte senzația amintită *acum*. Bineînțeles, unii clienți vor avea nevoie să li se reamintească adițional acest lucru, când senzațiile declanșează un flashback.

CONȘTIENTIZAREA CORPORALĂ CA O ANCORĂ VERSUS CATALIZATOR

Acest scurt episod următor, Charlie și câinele, Partea a III-a ilustrează utilizarea conștientizării corporale ca o ancoră.

A fost esențial să-l ajut pe Charlie să se concentreze asupra conștientizării sale corporale, pentru calmarea și dezgheța rea stării lui de imobilitate. I-am îndreptat atenția asupra corpului său în mod repetat: „Ce se întâmplă în corpul tău chiar acum? Și de ce altceva ești conștient?". Picioarele îi erau înțepenite, respirația limitată, gura îi era uscată și inima îi bătea foarte tare. Din fericire Charlie avea un simț al propriului corp bine dezvoltat și l-am utilizat în avantajul lui. Am continuat să îl conduc către aceleași zone pentru a evalua nuanțe ale schimbărilor din picioare, respirație, inimă și gură. Cu cât și-a explorat corpul mai mult, cu atât s-a simțit mai calm. Cu fiecare repriză, picioarele i s-au destins, respirația și ritmul cardiac i s-au relaxat; doar uscăciunea gurii a persistat fără alinare.

Când obiectivul îl reprezintă ancorarea, întrebările de conștientizare corporală trebuie să aibă un ritm destul de rapid – fără a exagera, însă să nu permită clientului să se concentreze pe o singură senzație pentru o perioadă prea lungă de timp. De asemenea, întrebările trebuie formulate la timpul prezent. Scopul este acela de a-l păstra pe client aici și acum. Acest tip de întrebări rapide despre conștientizarea corporală este utilizat pentru a reduce o parte a presiunii. Opusul, înaintarea cu încetinitorul, insistarea asupra unei singure senzații, riscă să răscolească mai multe amintiri. (*Acest lucru ar fi fost contraindicat pentru Charlie, deoarece nu era pregătit să facă față la mai multe în acel moment – oala sub presiune era deja la presiune maximă.*)

Contrar așteptărilor, clienții devin mai puțin anxioși și nu mai mult, când sunt încurajați să-și observe și să-și descrie senzațiile corporale prin această metodă de explorare rapidă. Odată ce devin pricepuți la acest lucru, mulți clienți menționează că pentru ei reprezintă o alinare să modifice focalizarea către senzațiile curente pe parcursul terapiei traumei. Conștientizarea corporală poate deveni o conexiune sigură cu prezentul.

De asemenea, conștientizarea corporală poate fi utilizată pentru a întări ancorele și locurile sigure, așa cum am prezentat anterior. Cu cât este mai mare gradul de senzații corporale pozitive asociate cu ele, cu atât vor avea un efect de calmare mai mare.

CORPUL DREPT REPER

Monitorizarea senzațiilor corporale ale clientului, în special a celor care surprind starea sistemului nervos autonom (SNA) (vezi Figura 3.1., p. 72), furnizează un ghid de încredere pentru stabilirea ritmului terapiei.

Abilitatea de a recunoaște indiciile hiperexcitării, ale activării în exces a SNA reprezintă o capacitate ușor de format. Însă precum orice abilitate, ea necesită exersare. Observând ceea ce se întâmplă cu clientul, terapeutul obține un reper valoros și obiectiv pentru identificarea stării de excitare a acestuia. De asemenea, poate fi utilă învățarea clientului să recunoască semnele activării SNA la propria persoană – pentru a câștiga o mai mare conștientizare corporală, o mai mare cunoaștere de sine și autocontrol.

SNA nu reprezintă singurul reper utilizabil în terapia traumei. Poate fi utilă observarea altor tipuri de conștiență corporală: încordare, deranjament stomacal, modificări vizuale sau auditive etc. Uneori va fi util să se aleagă o singură senzație și să se urmărească modificările ei pe măsură ce terapia progresează (vezi ședința detaliată de la sfârșitul acestui capitol).

LIMITE

Observațiile terapeutului combinate cu feedback-ul senzorial de la client despre starea SNA reprezintă una dintre cele mai puternice metode disponibile terapeutului care lucrează

cu trauma pentru a găsi ritmul terapiei. Însă există anumite limite ale acestor observații.

Observarea nuanței pielii este un mijloc foarte important de evaluare a stării SNA, deoarece pielea – în special cea a feței – se află de obicei la vedere. Bineînțeles că acest lucru e mai ușor în cazul clienților cu piele deschisă la culoare; pe de altă parte, și pielea închisă la culoare se înroșește sau devine palidă. Este doar o chestiune de obișnuire a ochilor pentru a recunoaște aceste modificări. O piele închisă la culoare nu roșește în același fel ca una deschisă la culoare. Odată cu creșterea fluxului sanguin din piele, aceasta devine și mai închisă la culoare. În același mod, ea nu pălește albindu-se, ci când pierde pigmentul roșu cauzat de prezența sângelui, devine mai mult gri decât maronie.

Bineînțeles că terapeutul cu dizabilități vizuale este limitat în ceea ce privește sarcina de a observa excitarea SNA. Unele dintre aceste limitări pot fi totuși transformate în avantaje. Clientul trebuie să furnizeze acele informații pe care terapeutul nu le poate observa direct, exersându-și observarea și comunicarea senzațiilor. O problemă asemănătoare apare în cazul clienților a căror hiperexcitare este în mod evident înrăutățită de contactul vizual. Pentru acești clienți poate fi foarte utilă întoarcerea sau schimbarea direcției privirii terapeutului pentru o perioadă. Când se întâmplă acest lucru, profitați de situație: „Este foarte în regulă pentru mine să nu te privesc. Totuși, din moment ce nu te pot vedea, voi avea nevoie de puțin ajutor. Spune-mi, care este temperatura feței tale chiar acum?" (Temperatura ridicată este asociată cu înroșirea; pielea rece cu paloarea.) „Unde se duce majoritatea aerului inspirat – pieptul tău se mișcă în sus și în jos sau abdomenul în afară și înăuntru?" etc. Clienții aflați într-o astfel de situație sunt de obicei foarte dispuși să ajute – chiar și când abilitățile lor de conștientizare corporală par să fie minime în alte circumstanțe.

EVALUAREA ȘI MODERAREA HIPEREXCITĂRII

Evaluarea SNA prin intermediul observării realizate de terapeut și a conștienței corporale a clientului poate crește fidelitatea popularei scale SUDS (Scala Unităților Subiective de Disconfort*) (Wolpe, 1969). După cum îi indică titlul, aceasta constituie o măsură subiectivă. Clientul își comunică opinia despre propria stare emoțională pe o scală de la 1 la 10, 1 = calm în totalitate, 10 = cel mai tulburat posibil. Terapeutul obține o evaluare adițională prin observarea SNA, atât vizual, cât și prin feedback-ul clientului despre conștientizarea senzorială. De exemplu, nu rareori se întâmplă ca unii clienți să comunice o estimare SUDS scăzută, în timp ce inima le bate foarte repede sau le transpiră mâinile (semne ale unei excitări mari a SNA), ceea ce ar putea indica o anxietate de fond care este într-un anumit fel disociată. Utilizarea atât a SUDS, cât și a observării SNA îi furnizează terapeutului informații importante despre situațiile în care există concordanță sau neconcordanță între acestea.

Odată învățați indicatorii, inducerea ritmului potrivit terapiei este posibilă doar când sunt utilizate tehnicile potrivite. Cazul următor reprezintă un exemplu a ceea ce poate să nu funcționeze bine.

Grette a fost agresată când era mic copil. Pe măsură ce ea a crescut, au apărut o mulțime de probleme emoționale. A venit la psihoterapie când avea treizeci și ceva de ani, foarte decompensată și îngrozită de nevoia de a confrunta amintirile atacului. După multe, multe ședințe în care am ajutat-o să se stabilizeze, să dezvolte o relație terapeutică etc., ea a venit la terapie într-o zi cu un curaj nou descoperit de a-mi spune despre incident. Am ascultat-o, ambele fiind impresionate și încremenite. Eram mulțumită de faptul că s-a simțit pregătită să își exploreze trauma în mod amănunțit și

* Subjective Units of Disturbance Scale (lb. eng.).

eram curioasă ce o să descopere. În curiozitatea mea, am uitat unul dintre propriile mele principii de lucru: uneori este mai bine să îmi stăpânesc curiozitatea. De asemenea, am neglijat să-i monitorizez reacțiile SNA și să o ajut să încetinească procesul în mod periodic. În ciuda faptului că eram conștientă în subsidiar de paloarea sporită și de imobilitatea progresivă a feței ei, am lăsat-o să vorbească în continuare. Trăsăturile ei animate mai înainte, până la sfârșitul ședinței au ajuns încremenite într-o mască. A spus că îi era bine, că se simțea un pic „ciudat". Nu a mai durat mult după ce a plecat de la ședință până când a năvălit-o anxietatea. Restul săptămânii a fost plin de telefoane pline de panică.

Tot ce ar fi fost necesar pentru a face discursul lui Grette să fie gestionabil era monitorizarea hiperexcitării ei progresive și a tensiunii faciale crescânde. Realizarea unor pauze periodice, schimbarea direcției către o ancoră, un loc sigur sau o altă resursă, înainte ca tensiunea să devină prea mare, ar fi schimbat complet rezultatul terapeutic. Ar fi fost ușor să luăm pauze – și să încetinim. Și, chiar dacă nu ar fi fost capabilă să își termine toată istorisirea, ea ar fi avut o săptămână mai ușoară.

Întreruperea unui client într-un asemenea mod previne creșterea nivelului de excitare până la punctul apariției disocierii, imobilității sau copleșirii. Pauzele periodice, frânarea și construirea resurselor scade nivelul de excitare. Intervenția constantă de acest tip de-a lungul unei ședințe terapeutice îi dă posibilitatea clientului să lucreze cu amintirile îngrozitoare într-un nivel mai ridicat de confort.

Când observăm clientul și îl întrebăm despre conștiența sa corporală, este relativ simplu să evaluăm starea SNA. Cele ce urmează conturează o scală de la excitare până la hiperexcitare:

- *Sistem relaxat* – în primul rând activarea moderată a sistemului nervos parasimpatic (SNP). Respirația este ușoară și profundă, ritmul cardiac este lent, culoarea pielii este normală.

- *Excitare ușoară* – semne de activare scăzută până la moderată a SNP, combinate cu activarea de nivel scăzut a sistemului nervos simpatic (SNS). Respirația sau ritmul cardiac se pot accelera, în timp de culoarea pielii rămâne normală; pielea poate deveni palidă și se poate umezi puțin, fără a exista creșteri ale respirației și pulsului etc.
- *Hiperexcitare moderată* – în primul rând semne de activare crescută a SNS: ritm cardiac rapid, respirație crescută, paloare etc.
- *Hiperexcitare severă* – în primul rând semne de foarte înaltă activare a SNS: ritm cardiac accelerat, respirație accelerată, culoarea palidă a pielii, transpirații reci etc.
- *Hiperexcitare periclitantă* – semne ale unei activări foarte înalte atât a SNS, cât și a SNP, de exemplu: piele palidă (sau cu o culoare redusă) (SNS) alături de ritm cardiac lent (SNP); pupile extrem de dilatate (SNS) alături de o culoare îmbujorată (SNP); ritm cardiac lent (SNP) alături de o respirație accelerată (SNS); o respirație foarte redusă (SNP) alături de un ritm cardiac rapid (SNS) etc.

Un sistem relaxat indică faptul că clientul este calm și că psihoterapia progresează într-un ritm confortabil. O excitare ușoară indică o frământare și/sau un disconfort controlabil. Un SNP în primul rând relaxat sau puțin excitat ar putea include emoții de tristețe, furie sau suferință. Majoritatea clienților sunt suficient de stabili pentru a tolera o excitare ușoară. O excitare moderată poate însemna că clientul are dificultăți în a face față celor ce se întâmplă și poate fi foarte anxios; ar putea fi timpul să utilizeze frânele. Excitarea severă reprezintă un semn că este timpul să ne oprim în cazul oricărui client.

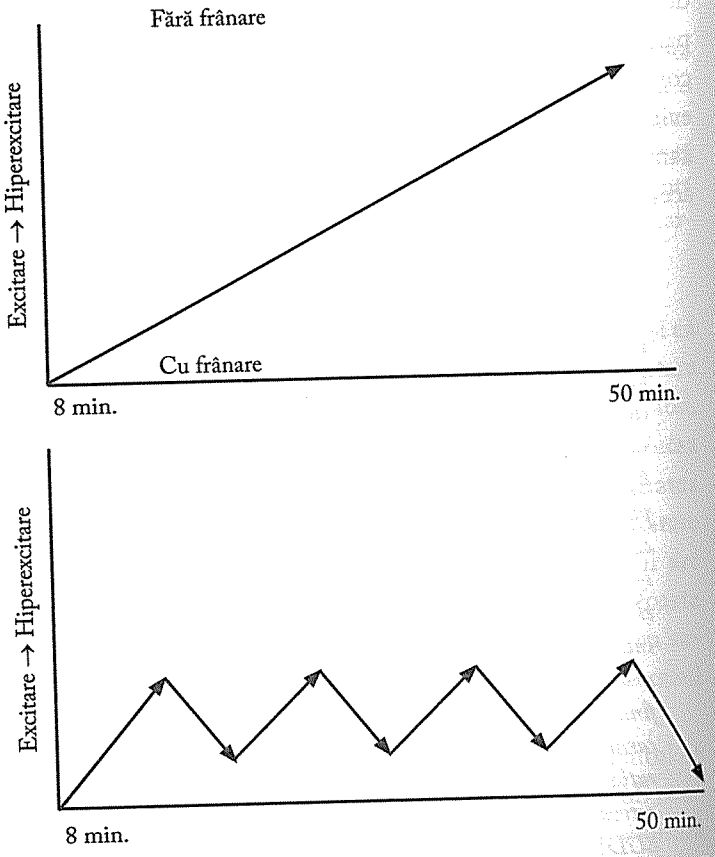
Excitarea periclitantă constituie un semn că clientul se află într-o stare înalt traumatizată; procesul scapă de sub control cu rapiditate. Probabil că el experimentează o anumită formă de flashback (de imagini, senzații corporale, emoții sau

o combinație), care ar putea duce la panică, cădere nervoasă sau imobilitate tonică. Stări de excitare înalte ar putea include emoții de furie, teroare sau disperare. În acest punct trebuie încetinit ritmul terapiei, fie prin conștientizare corporală și/sau prin strategiile care sunt prezentate în capitolul următor. Înainte de a trimite clientul acasă sau înainte de a continua cu explorarea sau cu abordarea amintirilor traumatice, terapeutul trebuie să îl ajute să se stabilizeze. Stabilizarea este denotată fie de activarea simpatică scăzută, fie de activarea în primul rând parasimpatică. Un obiectiv al învățării de a observa semnele corporale ale excitării SNA este acela de a deveni priceput în evitarea acestei stări înalt traumatizate (și posibil retraumatizante), încetinind procesul terapeutic înainte de a se ajunge la acea stare.

În timpul unei ședințe de terapie, în timpul lucrului cu trauma, fața și partea de sus a pieptului lui Bob (purta un tricou cu anchior) s-au înroșit într-un mod evident. El a menționat că simte căldură în partea la nivelul pieptului și al feței și că are ritmul cardiac crescut. De asemenea, am putut observa că respirația îi era rapidă și superficială – semne ale activării ridicate atât a SNS, cât și a SNP. Clientul experimenta un nivel ridicat de disconfort, pe care eu îl puteam observa. Am încetinit procesul prin schimbarea subiectului cu unul care îi amintea de resursele și punctele sale forte. Odată ce s-a calmat (culoarea, respirația și ritmul cardiac s-au normalizat), el s-a întors la subiectul dificil. A durat câteva ședințe, oscilând înainte și înapoi între informațiile traumatice și frâne, însă până la urmă atât Bob, cât și eu am știut că am ajuns la o rezolvare. În final, în timp ce aborda din nou informațiile traumatice, ritmul său cardiac, culoarea și temperatura au rămas în limitele SNP, iar respirația i-a devenit mai profundă și mai lentă – toate fiind semne ale activării normale a SNP. El simțea și eu puteam observa că scorul SUDS îi scăzuse la 0.

Scopul încetinirii procesului și al scăderii nivelului de excitație nu este doar acela de a acorda o pauză și o senzație de siguranță. Acestea, precum în exemplul de mai sus, dau de asemenea posibilitatea de a continua terapia la un nivel redus de excitație. Fără frânare, excitarea doar se va acumula (vezi Figura 6.1).

Figura 6.1. Abordarea traumei în timpul terapiei



MODERAREA RELATĂRII TRAUMEI

Când se povestesc circumstanțele unui eveniment traumatic, cu cât clientul folosește un număr mai mare de detalii, cu atât este mai mare riscul de hiperexcitare. Monitorizarea SNA alături de posibilitatea de încetinire vor juca un rol important în transformarea acestui proces într-unul tolerabil și ușor de suportat pentru client. De asemenea, împărțirea relatării în trei etape va ajuta la controlarea procesului: (1) numirea traumei, (2) schițarea traumei prin acordarea unor titluri incidentelor principale, (3) completarea detaliilor fiecărui incident, pe rând.

Mai întâi, solicitați clientului doar să denumească trauma (de ex., *„Am fost rănit în timpul unui bombardament terorist"*). Observați și cereți feedback în legătură cu starea corporală a clientului. În cazul în care există deja hiperexcitare, clientul nu se află în starea psihofizică de a relata mai mult din cele întâmplate. Stabilizarea, tonusul muscular, construirea încrederii și consolidarea siguranței ar trebui să constituie prioritățile.

Dacă totuși clientul poate denumi incidentul fără o excitare sau o disociere semnificativă sau dacă emoțiile se descarcă într-un catharsis gestionabil, iar excitarea scade, următorul pas este acela de a schița principalele teme ale traumei – din nou, fără detalii:

„A fost o explozie".
„Am fost lovit de un șrapnel și am fost aruncat la pământ".
„Medicii de la ambulanță au crezut că sunt mort și m-au neglijat".
„La spital, mama a devenit isterică și mi-a zis că sunt prost că m-am dus în acea parte a orașului".

Va fi dificil uneori pentru clienți să rămână doar la nivelul de schițare a titlurilor; în schimb, ei vor intra în detalii. Poate fi necesar ca terapeutul să întrerupă, menținând clienții în parametrii sarcinii și gestionând hiperexcitarea potențială. Chiar și când clienții doresc să spună întreaga poveste detaliată dintr-o

dată, este posibil ca acest lucru să nu fie indicat. Dacă aceștia insistă, uneori este mai bine să fie lăsați să continue, alteori nu. Mai bine să li se explice clienților care este motivația moderării relatării și să fie încurajați să își monitorizeze propriile reacții. Monitorizarea SNA și a celorlalte semne somatice va reprezenta un bun reper. Este cel mai bine să nu se avanseze mai rapid decât poate face față SNA-ul clientului. De asemenea, este preferabil să se stabilească un ritm care facilitează abilitatea clienților de a da un sens propriilor reacții și evenimentelor care le-au produs.

În cele din urmă, când clienții sunt pregătiți – ceea ce se poate întâmpla imediat sau doar după mulți ani – aceștia relatează fiecare incident în detaliu, în timp ce atât ei, cât și terapeutul monitorizează nivelul de hiperexcitare:

> *„A fost o explozie. A fost asurzitoare. Am simțit-o înainte să o aud. Nu am avut timp să-mi fie frică deoarece totul s-a întâmplat foarte repede. Toată lumea țipa – nu îi puteam auzi din cauza exploziei, însă puteam vedea gurile deschise de suferință. Am încercat să mă mișc, dar nu am putut. Aproape am leșinat..."*

În timpul acestei etape, va fi important ca terapeutul să întrerupă periodic clientul și să verifice nivelul excitării SNA. Dacă a fost stabilită o ancoră, aceasta poate fi utilizată în timpul frânării procesului, pentru a calma orice hiperexcitare, ceea ce va facilita continuarea relatării pentru client. De obicei, clienții menționează că această strategie le oferă o senzație de control asupra amintirilor care nu era posibilă anterior.

CORPUL CA O FRÂNĂ

Următorul caz, reeditat dintr-un articol anterior (Rothschild, 1993), ilustrează modul simplu în care conștientizarea corporală poate fi utilizată pentru a reduce hiperexcitarea și a opri atacurile de panică repetate, greu de eliminat.

„O tânără femeie a fost trimisă la mine pentru psihoterapie din cauza atacurilor de panică și a agorafobiei. Activitatea noastră a presupus inițial focalizarea pe dezvoltarea conștienței ei corporale, întărirea granițelor și stabilirea unei rețele de prieteni. Lucrul centrat pe conștientizarea corporală a implicat creșterea structurată a toleranței față de propriile senzații corporale, de care ea se temea foarte mult. Discutam un subiect și ne întorceam mereu la senzațiile ei pentru a observa modul în care acestea se modifică de la temă la temă. Dacă devenea anxioasă, rămâneam centrate pe senzații până când acestea se diminuau. După o perioadă scurtă, a fost capabilă să se mute în propriul apartament și să înceapă o slujbă care era aproape de casă.
După cinci luni a venit la terapie și a anunțat că săptămâna trecută la muncă avusese loc cel mai puternic atac de panică din viața ei. A continuat să descrie desfășurarea atacului cu detalii corporale precise: unde a început anxietatea, ce s-a întâmplat cu respirația ei, cu ritmul cardiac, musculatura, temperatura. Și-a încheiat comunicarea cu „Am devenit fierbinte peste tot și apoi s-a terminat" – durase doar unu sau două minute. Era extrem de mândră se sine. Era pentru prima dată, în lunga ei istorie cu astfel de atacuri, când era capabilă să urmeze cursul panicii până la final. Nu a știut niciodată că acest lucru era posibil sau că un atac de panică era de fapt atât de scurt. Din câte știu, cu toate că a mai experimentat anxietate ocazională, ea nu a mai avut niciodată un alt atac de panică.

CORPUL CA UN JURNAL: ÎNȚELEGEREA SENZAȚIILOR

Prin sistemul său de stocare și transmitere senzorială, corpul deține multiple chei care deschid drumul către o multitudine de resurse pentru identificarea, accesarea și rezolvarea experiențelor traumatice.

Identificarea declanșatorilor traumatici reprezintă una dintre cele mai mari provocări din psihoterapia traumei. Stimulii din mediu pot declanșa o reacție traumatică în mod neintenționat la un client. De multe ori, clientul rămâne cu reacția, însă

fără a avea vreo idee ce a declanșat-o. A urmări reacția până la sursă, până la declanșator, poate constitui o sarcină importantă. În acest scop, conștientizarea corporală poate reprezenta un ajutor util. Următoarea procedură este folositoare pentru identificarea declanșatorilor:

- Observă ceea ce simți în corp chiar acum. Fii cât de precis este posibil, în special în ceea ce privește perturbările respirației, ritmului cardiac și temperaturii.
- Gândește-te în urmă pentru a identifica momentul în care te-ai simțit calm ultima dată – acela este punctul A.
- Identifică, în mod aproximativ, momentul în care ai început să te simți tulburat – acela este punctul B.
- Mergi înainte și înapoi între punctul A și B, observând toate aspectele mediului tău înconjurător: oameni, conversație, obiecte, comportamente. Amintește-ți, de asemenea, ceea ce gândeai despre fiecare etapă. Observă-ți conștiența corporală pe măsură ce te concentrezi asupra fiecărui aspect.
- Pentru fiecare element, întreabă-te: „Aceasta este ceea ce m-a supărat/speriat/perturbat?" și observă-ți reacțiile corporale și emoționale.
- Probabil vei identifica elementul declanșator printr-o intensificare imediată a senzațiilor corporale neplăcute și/sau o intensificare a emoțiilor.

Această procedură nu funcționează în cazul tuturor, însă este foarte folositoare pentru mulți dintre clienții mei, în special pentru cei cu atacuri de panică și de anxietate.

Sarah a folosit această procedură după ce a văzut un film care a lăsat-o într-o stare foarte neplăcută. Inima i-a bătut foarte tare pe durata serii după ce a văzut filmul, ceea ce i-a produs o stare de confuzie. Nu era nici o îndoială că tulburarea a început în cursul filmului (fusese foarte calmă înainte de acesta), însă nu își putea da seama ce anume o supărase sau de ce. Așa cum învățase în terapie, înainte de a merge la culcare (oricum ar fi fost dificil în starea ei

de hiperexcitare să adoarmă), ea a stat în singurătate și și-a spus din nou, cu voce tare, povestea filmului. Spre sfârșitul povestirii a izbucnit în lacrimi și a început să tremure. Sursa supărării ei a fost oarecum o surpriză, însă avea sens – un colțișor neglijat al istoriei ei care fusese adus la lumină de vizionarea filmului. Ea a suspectat că identificase corect sursa, deoarece când s-a oprit din plâns pulsul îi revenise din nou la normal și rămăsese așa. Și-a notat incidentul pentru a-l aborda în terapie, mai târziu în acea săptămână. După o ceașcă confortantă de ceai de mușețel, ea a avut un somn bun.

Prin simpla conștientizare corporală și prin alternarea între punctul A (înainte de film) și punctul B (după film), Sarah a identificat sursa supărării sale. Era vorba despre un memento al unei probleme nerezolvate dintr-o perioadă anterioară a vieții ei. Identificarea factorului declanșator oprise anxietatea și ea fusese capabilă să conțină problema până la ședința de terapie din acea săptămână.

Senzațiile pot fi folosite de asemenea pentru a înțelege amintirile somatice. Acest lucru adesea este facilitat de o investigație lentă asupra conștienței corporale. Clientul menține oricare senzație un minut sau mai mult pentru a observa ceea ce apare. De exemplu:

Donna, în vârstă de șaizeci de ani, era încă în doliu după moartea, cu cinci ani în urmă, a soțului ei cu care fusese căsătorită timp de 35 de ani. Fusese o lovitură șocantă. El avusese un atac de cord în timp ce era pasager în mașina condusă de ea. Ea a condus ca o nebună încercând să îl ducă la urgențe înainte de a muri. Bineînțeles că am petrecut mult timp procesând incidentul și durerea sa. Ea suferea de asemenea de o problemă persistentă la șoldul drept, care îi provoca o durere cronică. Boala apăruse la aproximativ un an după moartea soțului ei. Fiecare dintre ortopezii, chiropracticienii și acupuncturii consultați o ajutaseră puțin, însă durerea rămăsese. Ea s-a decis că dorea să vadă dacă o puteam ajuta și în acest aspect. I-am cerut să se concentreze asupra șoldului, să descrie senzațiile și să fie pe cât de specifică posibil în legătură cu durerea – tipul și locația ei, dacă era

constantă sau acută etc. Fiind inspirată de modelul SICAS al lui Levine (abordat în Capitolul VI), am investigat și alte aspecte ale conștiinței ei. În timp ce rămânea focalizată pe durerea de șold, am întrebat-o despre alte senzații din corpul ei. Părea că, cu cât se concentra mai mult pe durere, cu atât îi bătea inima mai repede. I-am cerut de asemenea să observe ce emoții simțea. Era speriată. I-am cerut doar să rămână cu acele senzații câteva minute: durere, ritm cardiac, frică. Pe măsură ce continua, piciorul ei drept se afunda din ce în ce mai profund în covorul meu. Nu a durat mult până când a inspirat profund și a început să suspine „Am condus cât de repede am putut. Am călcat pedala de accelerație până la podea. Era o mașină veche și pur și simplu n-am putut s-o fac să meargă mai repede!". A devenit foarte clar că o parte importantă a problemei ei la șold era reprezentată de această amintire de apăsare pe pedala de accelerație. Această intervenție psihoterapeutică nu i-a vindecat complet problema fizică, deoarece ea menținuse acea încordare în picior timp de patru ani. Însă durerea i s-a redus și tratamentul medical a devenit mai eficient. De asemenea, ședința a facilitat procesul ei de doliu. Ea a fost capabilă să elibereze o parte din vinovăția pe care o simțea pentru faptul că nu ajunsese la spital suficient de repede.

MEMORIA SOMATICĂ CA O RESURSĂ

Termenul de *memorie somatică* este asociat de obicei cu amintirea unor evenimente traumatice înspăimântătoare. Însă corpul își amintește de asemenea și sentimentele pozitive. Conștientizarea senzațiilor corporale poate reprezenta o autostradă către trecut, un instrument pentru ajutarea clientului să ia legătura nu doar cu amintirile traumatice uitate, cât și cu resursele uitate.

Reamintirea protecției și siguranței simțite în bucătăria bunicii – cu accent pe senzațiile corporale confortabile – poate fi chiar mai importantă pentru funcționarea prezentă decât reamintirea unui incident înfricoșător. Uneori o amintire somatică pozitivă poate ajuta o persoană să rezolve o dificultate prezentă fără a fi nevoită să se confrunte cu amintirea înspăimântătoare care o declanșează. Apoi, în cele din urmă, în cazul în care clientul decide să abordeze incidentul traumatic, utilizarea eficientă a amintirii pozitive poate fi folosită pentru a ajuta la diminuarea terorii.

Tom trebuia să îi ceară șefului o mărire de salariu. Nu își mai permitea să-și continue slujba la același nivel de salariu. Și deja amânase confruntarea prea mult. Tatăl lui Tom fusese foarte tiranic și îl bătuse sever când acesta arătase orice semn de agresiune. Ideea că trebuia să se afirme la muncă îl îmbolnăvea de frică pe Tom. Noi am decis, în acest moment particular al terapiei sale, că ar fi mai util să își adune resursele decât să își abordeze problemele cu tatăl.

I-am cerut lui Tom să își amintească dacă a existat vreun moment în care a fost capabil să se afirme eficient și în siguranță. Cel mai mare triumf al său în acest domeniu fusese cu cinci ani în urmă, când, adunându-și curajul, invitase o femeie de care se simțea atras să iasă cu el în oraș la o primă întâlnire. Aceasta a devenit mai târziu soția sa și el era în continuare foarte îndrăgostit de ea. L-am ajutat să își amintească, atât corporal, cât și mental cât de înspăimântat fusese înainte să o invite în oraș, și cât de victorios și de mândru s-a simțit după aceea. El a făcut câteva mici mișcări cu picioarele când și-a amintit cum pleca de la ușa ei după prima lor întâlnire. I-am atras atenția asupra mișcărilor. Era conștient de ele? Nu, nu fusese, însă când i le-am menționat a devenit conștient. L-am încurajat să repete mișcarea și apoi s-o exagereze puțin. A recunoscut-o imediat. El practic dansase în timp ce cobora pe scările blocului ei după prima lor întâlnire, iar picioarele lui își aminteau cu subtilitate sărbătorirea. Cum se simțise când picioarele îi dansau? Grozav! Încântat, încrezător, relaxat.

Apoi a urmat provocarea. I-am sugerat să își imagineze că își abordează șeful pentru mărirea de salariu în timp ce picioarele îi dansează. Încă se simțea anxios, însă la un nivel mai scăzut, și a fost capabil să se simtă puțin încântat de idea unei provocări. Acum, bineînțeles că nu ar fi fost înțelept ca Tom să intre dansând în biroul șefului. Așa că a lucrat la rafinarea mișcărilor de dans, transformându-le în mici și subtile întoarceri ale degetelor de la picioare și ale călcâiului, pe care le putea face fără a atrage atenția în timp ce vorbea cu șeful său, fie că stătea jos sau în picioare.

Când într-un final și-a abordat șeful în săptămâna următoare, a obținut mărirea de salariu – nu atât de mult cât a cerut, însă acceptabil. A fost de asemenea foarte mândru de sine însuși. Fusese speriat, însă realizând mișcările subtile de dans cu picioarele își întărise amintirea afirmării de sine reușite, precum și iubirea și sprijinul soției sale, iar acestea l-au ajutat să persevereze.

FACILITAREA PSIHOTERAPIEI TRAUMEI UTILIZÂND CORPUL CA O RESURSĂ

Cazul următor ilustrează aplicarea conștientizării corporale, a frânării procesului și a ancorării pentru a reduce stresul abordării amintirilor traumatice. Psihoterapeuții vor putea recunoaște unde se vor potrivi propriile lor metode: lărgirea expunerii, folosirea stimulării bilaterale, sugerarea observării amintirilor de la distanță etc. Comentariile explicative în ceea ce privește intenția și/sau teoria terapeutului sunt identificate prin scrierea înclinată dintre paranteze.

(Gail este o mamă a doi copii, în vârstă de patruzeci și ceva de ani. Ea a vrut de ceva vreme să lucreze problemele legate de un accident de mașină care a avut loc când avea 18 ani. Abia acum se simte pregătită să le confrunte. G = Gail, T = Terapeut.)

T: Ești în regulă cu felul în care suntem așezate? (Eu stau pe un scaun, în timp de G a ales un loc pe podea.)

(Stabilirea securității prin grija față de granițe, poziție și distanță.)

G: Nu. Ești prea departe și ne aflăm la înălțimi diferite.

T: Cum ai vrea să schimbi asta? (G vine mai aproape și se mută de pe podea pe un scaun.)

(Oferirea de control clientului când acest lucru este posibil.)

G: Mă simt bine cu această distanță.

T: Cum știi că te simți bine cu ea?

(Conectarea conștienței corporale cu evaluarea cognitivă.)

G: Pentru că nu simt că mă aplec înainte sau înapoi.

T: Bine. Ce îți dorești de la această ședință?

(Clientul are controlul: se lucrează pe ce vrea G să lucreze.)

G: Vreau să abordez acel accident de mașină care a avut loc când eram adolescentă. Încă mă afectează foarte mult.

T: Cum simți în corp când spui acest lucru? Sună ca și cum ți-ai lua un angajament.

G: Înspăimântător.

T: Ce anume simți în corp care îți spune că ești înspăimântată?

(Conectarea conștienței corporale cu emoțiile.)

G: Îmi simt mâinile umede și transpirate și pur și simplu mă simt tensionată aici (arată către piept). Mă gândesc „Chiar vreau să fac asta?" și, de asemenea, simt tensiune în umeri.

T: Chiar vrei să faci asta?

G: DA!! (Zâmbește)

T: Cum simți partea care vrea să facă asta? Se vede diferit când zâmbești și spui „DA!"

(Întărirea laturii care este pregătită pentru provocarea de a se confrunta cu trauma.)

G: Acel accident m-a afectat în multe feluri și nu îmi doresc acel efect în viața mea.

T: Cum te simți în corp când spui asta? Tensiunea se simte la fel?

G: Nu, s-a redus.

T: Deci poți fi în contact cu acea parte din tine care vrea ca tu să mergi mai departe și să lucrezi acest lucru?

G: Da.

T: Poți de asemenea să simți partea care nu își dorește asta?

(Recunoașterea și conținerea ambelor realități ale lui G: o parte din ea vrea să se confrunte și să lucreze trauma; o parte nu vrea. Acest lucru este valabil aproape pentru toată lumea cu aproape orice fel de traumă. Lucrul cu trauma este satisfăcător, însă nu deosebit de distractiv.)

G: Îmi pot simți inima bătând mai repede. Mă simt speriată. Mă gândesc că nu știu ce presupune asta. Nu știu ce presupune asta.

T: Bine. Și știi din ce motiv vrei să lucrezi asta acum? De ce crezi că este important să abordezi problema acum?

(Implicarea părții lui G care vrea să se confrunte cu accidentul. Acea parte va reprezenta un aliat plin de resurse când procesul va deveni mai dificil.)

G: Mă tot sperii că oamenii se vor răni. Știu că fac acest lucru când copiii mei se avântă în activități riscante. Mă sperii că

ei nu își vor cunoaște limitele și vor fi răniți. Exact acest lucru s-a întâmplat cu accidentul de mașină. Nu am respectat limita. Acum știu că are legătură cu asta. Pot să fac ceva în legătură cu asta! Îmi dau seama că acel accident a avut multă putere asupra vieții mele și acum simt că pot să mă confrunt cu el.

T: Ce ai spus acum un minut este: „Pot să fac ceva în legătură cu asta!"

G: Așa mă simt. Pot să fac ceva în legătură cu asta. Simt că stă în puterea mea să fac ceva în legătură cu asta.

T: Spune această propoziție „Pot să fac ceva în legătură cu asta!" și observă cum te simți în corp.

(Sprijinirea încrederii lui G că este pregătită să se confrunte cu problema acum, prin conectarea ei cu senzațiile corporale.)

G: Simt ca și cum am puterea să fac ceva în legătură cu asta.

T: Cum simți acea putere în corp?

G: O simt aici (arată spre piept).

T: Același loc unde simțeai tensiunea?

G: Da.

T: Cum se simte asta acolo?

G: Se simte bine; chiar se simte foarte bine că am puterea să fac ceva.

T: Și tu simți acea putere aici (arăt spre pieptul meu), doar că spre stânga?

G: Da.

T: Bine. Atunci hai să continuăm. Dacă când lucrăm vom ajunge la ceva ce te va face să te simți foarte inconfortabil: anxioasă, înțepenită (posibil imobilizată) sau orice altceva, cum am putea să luăm un răgaz, o pauză de la acea stare? Există vreun subiect pe care l-aș putea aborda care să constituie o sursă de putere și de sentimente pozitive pentru tine?

(Stabilirea unei ancore pentru momentul în care lucrul cu trauma devine prea stresant.)

G: Natura, copacii, o plimbare în pădure.

T: Există o cărare specială pe care îți place să mergi?

G: Cu un pârâu limpede și multe pietre, copaci...

T: Îți amintești un loc anume?

G: Da. Există un loc care este preferatul meu.

T: Ce simți în corp când vorbești despre el?

(Activarea a cât mai multor simțuri corporale când se conectează și reconectează cu o ancoră: văz, auz, atingere, miros, gust, mișcare, postură.)

G: Mă simt foarte bine (râde). Mă simt zâmbind.

T: Cred că putem merge puțin mai departe acum. Și tu crezi același lucru?

(Din nou, oferire de control lui G, chiar și când eu conduc.)

G: Da.

T: Bine. Mai întâi, aș dori să ascult o descriere foarte scurtă a accidentului - *fără* detalii.

(În acest punct, o mențin la marginea legăturii cu trauma, nepermițându-i lui G să se adâncească prea profund în amintire. Nu se merge mai profund decât are G. resurse – cognitive, fizice și emoționale – pentru a gestiona.)

G: Eram la sfârșitul adolescenței. Conduceam. Mașina a depășit marginea drumului. Am pierdut controlul și m-am rostogolit de aproximativ trei ori. Am rămas blocată în mașină până când m-a scos cineva.

T: Ce se întâmplă în corpul tău când îmi spui această descriere schematică?

G: Inima îmi bate mult mai repede. Palmele îmi sunt transpirate din nou. Simt ceva aici (arată către cap).

(Chiar și când prezintă doar o descriere schematică, ea experimentează multă excitare a SNA.)

T: Mă poți vedea încă?

G: Da... dar nu ești la fel de clară ca înainte.

T: S-a întâmplat ceva cu ochii tăi, pot să văd asta.

(Am văzut cum ochii lui G își pierdeau focalizarea.)

G: Simt ca și cum aș fi mai departe de tine.

T: Există vreo senzație fizică asociată cu faptul că te simți mai departe?

G: Nu. E mai mult ca o senzație de a fi în tunel.

T: Cu ochii tăi? Ca și cum te-ai retrage într-un tunel?

G: Da.

(G poate fi aproape de disociere și/sau imobilitate. Este timpul să o deviez către ancoră.)

T: Unde era locul în care îți place să te plimbi?

G: (Numește și descrie locația unui râu.)

T: Există acolo anumite tipuri de pietre sau de copaci care îți plac?
G: Pietrele sunt de granit și sunt foarte mari. Îmi place să păşesc peste pietre și să mă așez pe cele din mijlocul râului; apa curge în jurul meu.
T: Ce simți în corp chiar acum?
G: Foarte diferit. Am un fel de senzație de furnicături în brațe.
T: Un fel pozitiv de furnicături?
G: Da. Și mult mai răcoroase.
T: Cum este distanța dintre noi chiar acum?
(Verific să văd dacă G este asociată din nou.)
G: Sunt apropiată din nou și te văd mai clar. Și pot simți zâmbetul de pe fața mea.
T: În regulă. Bine. Deci, funcționează?
(Mă asigur și o asigur pe G de faptul că tehnica ancorei este eficientă.)
G: Da. (râde)
T: Este în regulă dacă mergem puțin înapoi la accident?
(Controlând procesul, o conduc pe G înapoi la traumă după frânare.)
G: Da.
T: Ce s-a întâmplat după accident? Ai spus că erai blocată. Ai ieșit la un moment dat, știi asta?
(Prefer să explorez mai întâi evenimentele de după *un eveniment traumatic. Adesea evenimentele de după sunt la fel sau mai traumatizante decât incidentul în sine. Și adesea în perioada de după un incident traumatic sunt luate deciziile și sunt făcute modificările în sistemul de credințe. Vezi Capitolul VIII pentru o abordare mai detaliată a acestei strategii.)*
G: Da, am fost conștientă tot timpul, însă nu îmi pot aduce aminte cine m-a scos. Apoi am mers într-o ambulanță sau o mașină de poliție. Prietenul meu punea mereu aceleași 4 întrebări, iar și iar. Îmi puteam da seama că efectiv îl înnebunea pe polițist (râde). Am intrat oarecum în șoc în acea perioadă. Am început să simt greață și toate celelalte. Polițistul se temea să nu am leziuni interne, însă continua să fie distras de prietenul meu.
T: Prietenul tău era în mașină? *(Apare o nouă informație.)*
G: Da, însă eu conduceam. Oficial învățam să conduc, eram pe cale să dau examenul de permis.
T: Mi-a rămas în minte ce ai zis, „Însă eu conduceam". Și ție ți-a rămas în minte?

(O suspiciune care merita verificată. Există adesea decizii, judecăți sau credințe conectate cu sentimentele de responsabilitate.)
G: Da. Este foarte relevant pentru că făcusem o înțelegere să schimbăm locurile la (numește o intersecție înainte de accident). Însă eu conduceam atât de bine și mă bucuram atât de mult, încât am decis împreună să conduc mai departe. După aceea am făcut accidentul.
T: Ce simți în corp chiar acum?
G: Ceva ciudat în stomac, ceva legat de luarea acelei decizii ca eu să conduc mai departe, dacă nu am fi făcut-o...
T: Ce înseamnă asta pentru tine, că ați avut o înțelegere și apoi ați decis să o depășiți, iar aceasta a fost partea în care...
G: ...peste limita pe care o stabilisem...
T: ...„peste limita" pe care ai stabilit-o, ai făcut accidentul?
(Înțelegerea semnificației *unui incident traumatic este adesea crucială pentru integrarea evenimentului în continuumul vieții acelei persoane.)*
G: Când spun acest lucru simt furie față de mine însămi pentru că nu am respectat o limită pe care am stabilit-o.
T: Ce simți în corp?
G: Nu multe. Nu este o furie corporală. Mai mult ca o critică. „De ce fac asta?"
T: Vreau să revenim puțin la realitate: Crezi că acest lucru a avut vreo legătură cu accidentul?
(Testarea realității poate fi foarte utilă, punând sub semnul îndoielii punctul de vedere, concluzia sau raționamentul unui client.)
G: Absolut!
T: De ce?
G: Pentru că simpla ieșire pe marginea drumului nu ar fi trebuit să ne facă să ne rostogolim. Nu am știut cum să controlez o mașină în derapaj. Dar prietenul meu conducea de multă vreme și ar fi putut controla o derapare. În primul rând, nu cred că prietenul meu ar fi ieșit de pe drum – nu exista nici un motiv să faci asta. Am fost distrasă și mi-am pierdut concentrarea.
T: Cum te simți în corp chiar acum?
G: Bine.
T: Cum e distanța dintre noi?
G: Distanța e în regulă. Și te văd clar. Cred că e interesant.

T: Se pare că tu crezi că ai fost distrasă, însă că ai ieșit pe marginea drumului și ai intrat în derapaj pentru că ți-ai depășit limita. Este posibil ca acest lucru să se fi întâmplat de asemenea pe secțiunea de drum dinainte de a ajunge la limita consimțită?

G: Oh. S-ar fi putut întâmpla și atunci. Însă zona în care a avut loc accidentul era mult mai nesigură. Nu am spus acest lucru. Pe cealaltă parte a drumului unde ne-am răsturnat era o pantă lungă ce dădea într-un râu tumultuos. Pe distanța pe care consimțisem să conduc nu erau zone cu pericol de cădere.

T: Și ce simți în corp chiar acum?

G: Puțin mai multă greață. S-a terminat cu bine, dar ce s-ar fi putut întâmpla?

(Trebuie să se revină la acest aspect. O parte a reacției lui G la traumă poate proveni din imaginarea neprevăzutului. Dar mai întâi sunt preocupată de starea de greață.)

T: Și distanța dintre noi?

G: Sunt puțin mai în spate, dar nu la fel de departe cum am fost. Te văd mai întunecată cumva. Fața ți-e tot albă, însă restul corpului tău se întunecă.

(Posibil la limita disocierii, din nou. E timpul să mergem din nou către ancoră.)

T: Hai să vorbim despre un râu *diferit*.

G: (Râde)

T: Care era numele celui care îți plăcea?

G: (Îl numește din nou și discutăm despre pronunția sa dificilă).

T: Ce culoare au pietrele?

G: Sunt albe cu pete gri și mușchi mult pe ele.

T: Sunt și copaci acolo?

G: Da. Stejar. Pădure de stejar. Probabil am petrecut mai mult timp acolo când nu erau frunze în copaci. Am făcut multe plimbări iarna.

T: În ce parte a zilei îți place să te plimbi?

G: Oricând pot.

T: Pe lumină? Pe întuneric?

G: Doar pe lumină.

T: Sunt și mirosuri?

G: Mi-e foarte dificil să îmi imaginez mirosuri.

T: Cum te simți în acest moment?

G: Mai prezentă, însă încă puțin distantă. Vreau să îți spun ce pot. Nu pot să îmi dau seama de mirosuri, însă îți pot spune despre ceea ce simt. Pot să simt umezeala, umiditatea.

T: Unde simți acea umiditate?

G: Pe pielea de pe brațe și de pe față, pe mâini.

T: Cum e distanța dintre noi.

G: Mult mai bine.

(G mi-a spus într-o întâlnire ulterioară cât de important a fost pentru ea faptul că a putut să se conecteze cu simțurile care îi erau disponibile și nu să se focalizeze pe cele care nu îi erau la îndemână. Toți oamenii variază în ceea ce privește simțurile mai dezvoltate – unii sunt mai vizuali, alții mai tactili, alții mai auditivi etc.)

T: Ești pregătită să mergi puțin mai în urmă?

G: Da.

T: Am vrut să te întreb, ai spus că această distanță pe care conduceai a fost mult mai periculoasă decât cea pe care ai condus înainte. Tu și prietenul tău ați știut acest lucru când ați luat decizia ca tu să continui să conduci?

G: Da.

T: Cine a fost responsabil pentru decizie?

(Atribuirea responsabilității logice este adesea crucială în lucrul cu trauma.)

G: Cred că a fost o decizie destul de mutuală. Am discutat despre acest lucru.

T: Ce simți în corp în acest moment?

G: Bine.

T: Acest lucru înseamnă ceva pentru tine, faptul că decizia a fost mutuală?

(Am dorit ca G să își conecteze noua afirmație cu raționamentul anterior.)

G: Nu prea. Mă gândesc că poate ar trebui să însemne ceva, după ce am spus mai înainte, dar...

T: Ce anume legat de ce ai spus mai înainte?

G: Faptul că sunt furioasă pe mine pentru că îmi depășesc limitele.

T: Mă gândeam la același lucru. Știi de ce te-am întrebat acest lucru?

(Îmi întreb adesea clienții dacă știu de ce le-am adresat o întrebare. Nu intenționez să încep un joc de ghicit și o să îmi răspund la întrebare dacă clientul nu poate. Cu toate acestea, întrebarea este adesea utilă în ajutarea procesului cognitiv al clientului.)

G: Pentru că nu a fost doar responsabilitatea mea. A fost responsabilitatea *noastră*. A părut o decizie rezonabilă. Și, de fapt, nu știu dacă acea porțiune de drum a fost cu adevărat mai periculoasă decât cealaltă pe care o condusesem. Ele sunt periculoase în moduri diferite. Este mult mai puțin trafic pe acea porțiune. A fost foarte mult trafic pe drumul dinainte de intersecție. Periculoase în mod diferit. Oh! Ce senzație de bine.

(O schimbare spectaculoasă în felul în care G înțelege accidentul.)

T: Cum simți acel „bine" în corp?

G: Mai relaxată. A fost o decizie de înțeles.

(Schimbarea de gândire pare congruentă, deoarece senzațiile corporale ale lui G sau modificat de asemenea.)

T: Nu a fost deplasată?

G: Nu a fost deplasată.

T: Ce simți în legătură cu ce am realizat până acum?

G: Este foarte interesant. Nu mai este o problemă atât de gravă. Realizez că m-am învinovățit că dacă nu aș fi condus, nu s-ar fi întâmplat. Din acest motiv nu aveam încredere în felul în care conduc acum. Acest lucru este important.

T: Cred că acesta reprezintă un moment bun să ne oprim.

G: Da, și eu simt că este în regulă să facem asta.

T: Cum e distanța dintre noi?

G: Suntem amândouă aici.

T: Cum îți sunt bătăile inimii?

G: Sunt normale.

T: Și nervozitatea?

G: A dispărut.

T: Bine, hai să ne oprim aici.

Având o conștientizare utilă și SNA în starea de activare principală a SNP, nu este periculos să se încheie ședința. Bineînțeles că această traumă nu este complet rezolvată, însă au fost activate resursele necesare pentru a continua acest proces. În plus, acum că problema responsabilității a fost clarificată, restul terapiei ar trebui să se desfășoare mult mai ușor. O ședință ulterioară cu Gail urmează în Capitolul VIII.

CAPITOLUL ȘAPTE

TEHNICI SOMATICE SUPLIMENTARE PENTRU O PSIHOTERAPIE A TRAUMEI MAI SIGURĂ

Conștiența duală

Un proces normal printre cei netraumatizați, conștiența dual presupune pur și simplu abilitatea de a avea conștiența simultană a uneia sau a mai multor zone ale experienței. Ca și în cazul conștienței corporale, conceptul de a fi conștient în mod simultan de mai mulți stimuli își are rădăcinile în meditație și în psihoterapia Gestalt. În acest caz ne concentrăm asupra conștienței duale ca o condiție pentru o psihoterapie sigură a traumei și ca un instrument pentru frânarea și gestionarea procesului.

TSPT SCINDEAZĂ PERCEPȚIA

Cei mai mulți dintre noi sunt capabili să mențină un echilibru între mulțiii stimuli senzoriali interni și externi care ne ocupă conștiența în orice moment dat. Putem să observăm mai mult decât un singur aspect al experienței noastre actuale, pe măsură ce focalizarea noastră se mută de pe o senzație, o mișcare sau o activitate către alta, conciliind senzațiile fizice cu mediul și activitatea noastră curentă. Putem să ne mutăm

percepția dintr-un punct de referință către altul, negociind, ajungând la compromisuri și conciliind variatele informații într-un întreg coerent, pe care îl numim „realitatea" noastră actuală. Ai o durere de stomac și ești capabil că corelezi acea senzație cu alte informații și percepții disponibile și îți amintești că ai mâncat prea mult la prânz. În altă situație, o durere similară te-ar putea conduce la concluzia că nu îți place direcția în care merge conversația actuală sau tonul vocii cuiva. O a treia posibilitate este că cineva tocmai a menționat că merge la dentist și îți amintești că mâine va fi rândul tău.

Una dintre problemele care se dezvoltă la persoanele cu TSPT este aceea că ei se obișnuiesc să acorde o atenție neobișnuit de mare stimulilor interni și să interpreteze lumea din acel punct de vedere. Ei își pierd puterea de discriminare. Senzațiile interne devin asociate cu evenimentele trecute, iar realitatea curentă este evaluată pe baza acelor informații limitate. Importanța percepției externe pălește în comparație cu stimulii interni. Se pierde concilierea normală dintre ceea ce experimentăm în corp și ceea ce percepem în exteriorul acestuia. Se diminuează abilitatea de a procesa stimuli multipli în mod simultan. Percepția se îngustează.

Acest lucru poate conduce la distorsiuni severe ale percepției realității și poate provoca stres suplimentar. De exemplu, când o senzație a devenit asociată cu experiența pericolului (așa cum se întâmplă de obicei în cazul TSPT), percepția oricărui tip de senzații similare poate determina o persoană să sară la concluzia că se întâmplă ceva periculos în mediul înconjurător. Nu mai ține seama de alți stimuli sau de alte informații. Poate rezulta anxietatea sau panica. Pe măsură ce persoana traumatizată devine din ce în ce mai hipervigilentă, încercând să prevadă pericolul, ea devine de fapt din ce în ce mai puțin capabilă să îl identifice. Când pericolul nu poate fi identificat în mod adecvat, recunoașterea mediului sigur devine de asemenea imposibilă. Pericolul este peste tot și frica este constantă.

Am auzit mai mulți termeni care descriu această scindare perceptuală dintre stimulii senzoriali interni și externi: sinele și eul observator, sine central și martor, copil și adult, realitate internă și externă etc. Cu toate acestea, prefer termenii elaborați de van der Kolk, McFarlane și Weisaeth (1996): *sinele care experimentează* și *sinele observator*.

DEZVOLTAREA CONȘTIENȚEI DUALE

Concilierea acestei scindări perceptuale nu este doar necesară pentru vindecarea traumei, ci și obligatorie pentru realizarea unei psihoterapii sigure a traumei. Clienții nu pot să abordeze amintirile traumatice într-un mod sigur până când și dacă nu sunt capabili să mențină o conștiență și o discriminare simultană a trecutului de prezent. Ei trebuie să poată să știe, cel puțin la nivel intelectual, faptul că trauma care este abordată aparține trecutului, cu toate că s-ar putea să *simtă* ca și cum s-ar întâmpla acum. Examinarea amănunțită a amintirilor traumatice cu un client care nu este capabil să mențină această conștiență dual implică riscul unei hiperexcitări incontrolabile și o posibilă imersare în flashback. Acesta este un mediu propice pentru retraumatizare: reexperimentarea traumei cu toată teroarea, lipsa de speranță și disperarea asociate ei inițial.

Dezvoltarea sau reconectarea cu aptitudinea de conștientizare dual oferă posibilitatea clientului să abordeze o traumă în timp ce este sigur de faptul că mediul prezent, actual este lipsit de traumă. Aceasta constituie un instrument extrem de util pentru vindecarea discrepanțelor dintre sinele care experimentează și cel care observă.

Următorul exercițiu realizat cu un client ilustrează diferența dintre sinele care experimentează și cel care observă și demonstrează modul de tranziție de la unul la altul. Acest tip de exercițiu poate fi utilizat cu un client înainte de examinarea amintirilor traumatice. Acesta nu numai că îi oferă posibilitatea să exerseze această nouă abilitate, dar reprezintă de asemenea un indicator al capacității clientului de conștientizare duală și prin urmare al stării sale de pregătire pentru a aborda un material mai dificil. Instrucțiunile sunt adresate clientului:

- *Amintește-ți un eveniment recent puțin stresant – când ai fost ușor anxios sau jenat. Ce observi în corpul tău? Ce se întâmplă în mușchii tăi? Ce se întâmplă în stomacul tău? Cum se modifică respirația ta? Ritmul tău cardiac crește sau scade? Devii mai cald sau mai rece? Dacă există orice modificare de temperatură, aceasta este uniformă sau variabilă în anumite părți ale corpului tău?*
- *Apoi devino iar conștient de această cameră în care te afli acum. Observă culoarea pereților, textura covorului. Ce temperatură este în această cameră? Ce miroși aici? Respirația ta se modifică pe măsură ce se schimbă focalizarea conștienței?*
- *Acum încearcă să rămâi conștient la mediul înconjurător prezent, în timp ce îți amintești acel eveniment ușor stresant. Este posibil să rămâi conștient de locul în care te afli fizic, pe măsură ce îți aduci aminte de acel eveniment?*
- *Încheie acest exercițiu având conștiența focalizată pe mediul înconjurător prezent.*

UTILIZAREA CONȘTIENȚEI DUALE ÎN CAZURILE DE ATACURI DE PANICĂ ȘI DE ANXIETATE

Acceptarea separării dintre sinele care experimentează și cel care observă a ajutat mulți clienți să tolereze situațiile în care sunt predispuși la atacuri de anxietate. O tehnică simplă presupune acceptarea și afirmarea (cu voce tare sau în gând) realității celor două aspecte simultan: „Mă simt foarte speriat

aici" (realitatea sinelui care experimentează), însă, în același timp, privind efectiv în jur, evaluând situația și zicând (dacă acest lucru este adevărat) „*și* nu mă aflu în nici un pericol real chiar acum" (realitatea sinelui observator). Este foarte important să fie folosită conjuncția „și", deoarece aceasta implică o legătură între cele două fraze; „dar" ar implica negarea primei fraze. Mesajul este „Ambele realități contează", nu: „Nu există nici un motiv de teamă". Acceptarea celor două perspective (cea a sinelui care experimentează și cea a celui care observă) în mod simultan va reduce adesea rapid anxietatea. Nu este clar de ce funcționează atât de bine. Poate că anxietatea crește odată cu neacceptarea realității sinelui care experimentează, iar când acest lucru se schimbă, întregul sistem se relaxează.

UTILIZAREA CONȘTIENȚEI DUALE ÎN FLASHBACK-URI

Nu este recomandabil să se încerce rezolvarea TSPT prin intermediul flashback-urilor, deoarece experiența unui flashback întărește teroarea și sentimentele de neajutorare. Instrumentele psihologice care nu au reușit să rezolve trauma copleșitoare nu reușesc de obicei nici să soluționeze flashback-urile copleșitoare; altfel nu ar mai exista un flashback. Integrarea în acele circumstanțe nu a fost și nu este posibilă. Reexperimentarea unei traume cu aceleași sentimente de neajutorare și groază servește doar la consolidarea impactului acesteia. Un prim pas care ajută multe persoane cu TSPT este să le învățăm să își oprească și să își prevină flashback-urile. Când flashback-urile sunt ținute sub control, va fi posibil să îi înzestrăm pe clienți cu resursele necesare confruntării cu amintirile lor traumatice pe un teren mai stabil. Controlul flashback-urilor face posibilă abordarea unor porțiuni gestionabile ale amintirilor traumatice, una câte una.

O problemă cu flashback-urile este că nu pot fi prezise. Pregătirea pentru ele este dificilă. Ele pot fi declanșate oriunde, oricând, chiar și de către cadrul terapeutic.

O dilemă terapeutică frecventă are loc când un client are un flashback în timpul ședinței, considerând cabinetul terapeutic drept scena traumei, iar terapeutul drept atacatorul. Când acest lucru se întâmplă constant, psihoterapia poate fi compromisă. Acest fapt reprezintă un semn că sinele care experimentează al clientului are frâu liber, percepând pericol în locul în care caută ajutor. Terapeutul care este perceput ca fiind periculos nu se află într-o poziție din care poate oferi ajutor.

În aceste condiții, sinele observator al clientului trebuie să fie activat și chemat înapoi în cabinetul de psihoterapie, de obicei printr-o măsură autoritară (ferm, însă nu cu supărare) din partea terapeutului: „Privește unde te afli acum. Ce culoare are peretele în acest loc? Ce culoare are covorul? Cu ce pantofi ești încălțat acum? În ce dată suntem astăzi? etc."

Când sinele observator al clientului este (din nou) operațional, poate fi învățat următoarea *procedură de oprire a flashback-urilor*. Aceasta este bazată pe principiile conștienței duale, conciliind sinele care experimentează cu cel care observă. În general va opri un flashback traumatic foarte repede.

Clientul spune, preferabil cu voce tare, următoarele propoziții, completând spațiile libere și urmând instrucțiunile:

• Acum mă simt _____,
(introduce denumirea emoției curente, de obicei frica)
• și percep în corp _____,
(descrie-ți senzațiile corporale actuale – denumește cel puțin trei),
• pentru că îmi amintesc _____.
(menționează numai numele traumei, – fără detalii).
• În același timp, privesc în jur, în locul în care mă aflu acum în _____
(anul curent real),
• aici _____,

(denumește locul în care te afli)
• și pot vedea _____,
(descrie unele din lucrurile pe care le vezi chiar acum, în acest loc),
• și deci știu că _____,
(menționează din nou trauma, numai prin nume)
• nu se întâmplă acum/nu se mai întâmplă.

Un exemplu:

Am fost consultată de un psihoterapeut a cărui clientă fusese ținută ostatică într-o pivniță. Aceasta ajunsese recent la noul cabinet al terapeutului, care se afla puțin sub nivelul străzii. Asemănarea superficială cu locul captivității a locației noului cabinet și a intrării acestuia i-a declanșat clientei un flashback. Acesta a fost atât de puternic, încât ea a devenit îngrozită de terapeutul ei (în care de altfel avea încredere) cu care lucrase de doi ani și s-a gândit să încheie tratamentul – el a devenit asociat cu agresorul ei. Am sugerat faptul că trebuie să i se restabilească conștiența dual – prin separarea noului cabinet al terapeutului de locul captivității și prin separarea terapeutului de agresor. În ședința următoare, terapeutul i-a adus această distincție în conștiență, ajutând clienta să accepte atât realitatea sinelui care experimentează, cât și pe cea a celui care observă. Utilizând procedura de oprire a flashback-urilor, clienta a spus „Mi-e foarte frică de tine pentru că locația noului tău cabinet îmi amintește de momentul în care am fost ostatică și m-am temut că tu ești agresorul meu. Și în acest moment te văd și știu că tu ești terapeutul meu. De asemenea, îmi dau seama acum că tu nu îmi faci rău și nici nu îmi vei face. Și știu că pot să plec de aici oricând doresc". *Clienta a putut să își restabilească separarea trecutului de prezent, iar ei au putut să continue relația terapeutică și terapia.*

Procedura de oprire a flashback-urilor poate de asemenea să fie adaptată în mod eficient pentru a fi utilizată în cazul coșmarurilor ce pot reprezenta flashback-uri traumatice. Aceasta a fost utilizată sub forma unui ritual dinaintea somnului, în pregătire pentru coșmarul anticipat:

• O să mă trezesc în timpul nopții simțindu-mă _____,
(introduce denumirea emoției curente, de obicei frica)
• și o să percep în corp_____,
(descrie-ți senzațiile corporale anticipate – denumește cel puțin trei),
• pentru că îmi voi aminti _____.
(menționează numai numele traumei,– fără detalii).
• În același timp, voi privi în jur în locul în care mă aflu acum în _____
(anul curent real),
• aici _____,
(denumește locul în care te vei afla)
• și voi vedea _____,
(descrie unele din lucrurile pe care le vezi chiar acum, în acest loc),
• și deci voi ști că _____,
(menționează din nou trauma, numai prin nume)
• nu se întâmplă acum/nu se mai întâmplă.

În cazul în care clientul se trezește în timpul unui flashback sau al unui coșmar, poate fi utilizată procedura obișnuită. Clientul își poate învăța partenerul de cuplu sau părintele (sau orice persoană cu care locuiește) să-i aducă aminte procedura sau chiar să o spună cu voce tare până se activează sinele său observator.

TONUSUL MUSCULAR: ÎNCORDARE VERSUS RELAXARE

Contractarea musculară cronică stă la baza a ceea ce numim în mod obișnuit „încordare". Contractarea musculară nu este un lucru negativ; este necesară pentru a ne putea ține în poziție verticală și pentru toate mișcările pe care le facem de-a lungul zilei. Aceasta este de asemenea necesară pentru dezvoltarea tonusului muscular. Așa cum am menționat anterior, un mușchi nu poate să facă decât un singur lucru, și anume să se contracte. Când un mușchi nu se contractă, acesta face ceea ce

numim în mod obișnuit relaxare. În realitate, totuși, un mușchi relaxat nu face nimic.

Încordarea musculară a ajuns să fie considerată un inamic. Se pare că nimeni nu își dorește să fie „încordat". Persoanele cheltuiesc o avere pe masaje, stațiuni, poțiuni de relaxare, relaxare, relaxare. Rar este luată în considerare funcția pozitivă a încordării musculare.

Încordarea musculară nu este valorizată; este adesea disprețuită. Este inconfortabilă, prin urmare cum poate reprezenta ceva bun? Rareori se ia în considerare faptul că încordarea musculară reprezintă un prieten. Dar cum ar fi viața fără ea? În primul rând, corpurile noastre s-ar prăbuși la pământ într-o masă amorfă de carne și oase. Încordarea din mușchii noștri este cea care face posibil ca noi să ne ridicăm și să stăm drepți. Încordarea musculară oferă corpurilor noastre formă, grație, postură și locomoție. Fără ea nu am putea îndeplini nici cea mai simplă sarcină. Nu ar fi posibil să ne îmbrăcăm sau să ne hrănim, să ținem un stilou sau să jucăm un sport. Încordarea musculară face posibili primii pași ai unui bebeluș și socializarea în urma controlului funcțiilor excretorii. Dacă încă mai aveți îndoieli, gândiți-vă la bolile musculare progresive precum distrofia musculară și scleroza laterală amiotrofică (ALS). Acestea exemplifica importanța pe care o are încordarea musculară. Ea este necesară pentru viața de zi cu zi.

Bineînțeles că există perioade când nivelul de încordare musculară cronică devine deranjant. Iar pentru unele persoane, relaxarea indusă prin intermediul masajului, a băilor fierbinți, a alungirilor musculare, a relaxării musculare progresive etc. poate fi foarte folositoare. Cu toate acestea, există multe persoane cu TSPT pentru care relaxarea indusă va precipita o reacție la traumă, crescând hiperexcitarea și anxietatea, riscând apariția flashback-urilor.

„Se pare că și-a pierdut tăria de a lupta".

© The New Yorker Collection 1987 Arnie Levin de pe cartoonbank.com. Toate drepturile rezervate.

Nu există studii despre acest fenomen; constituie o zonă care încă nu a fost cercetată. Sunt totuși câteva articole care menționează creșterea anxietății cauzată de antrenamente de relaxare în cazul unor persoane (Heide & Borkovec, 1983, 1984; Jacobsen & Ediger, 1982; Lehrer & Woolfolk, 1993).

Discuțiile informale între colegi sugerează faptul că un procent semnificativ de clienți cu TSPT pot deveni mai anxioși din cauza antrenamentului de relaxare. În astfel de cazuri, întărirea sau menținerea încordării musculare este preferabilă în detrimentul relaxării. Simpla conștientizare corporală constituie o modalitate sigură de a măsura care dintre acestea este cea mai bună pentru un client specific. Clienții care se calmează în urma relaxării pot beneficia de pe urma acesteia. În schimb, acelora care devin mai anxioși când se relaxează, le poate fi mai bine încordați. Poate exista o reacție generalizată

în corp, pozitivă sau negativă, la încordare sau relaxare. Însă de asemenea este posibil să existe o experiență pozitivă la încordarea unui anumit mușchi și o experiență negativă la încordarea altuia (chiar și același mușchi în părți diferite). Fiecare corp repartizează diferit tonusul muscular (Bodynamic, 1988-1992). Conștientizarea corporală reprezintă cheia identificării situațiilor când încordarea sau relaxarea unui anumit mușchi este benefică sau nocivă.

A te gândi că cineva ar putea să fie de fapt mai relaxat când este încordat este derutant, reprezintă un paradox. Cu toate acestea, s-ar putea ca persoanele care au un tonus muscular mai bun să fie mai capabile să tolereze hiperexcitarea decât cele cu un tonus mai redus. De exemplu, un nivel mai ridicat al tonusului muscular crește încrederea în sine și reduce sentimentele de vulnerabilitate și neajutorare.

O consecință a TSPT este reprezentată de senzațiile corporale foarte neplăcute. Cele care exacerbează emoțiile de anxietate și panică sunt prezente din abundență. De obicei, acestea coincid cu hiperexcitarea sistemului nervos autonom (SNA). Unii clienți descriu un „bâzâit" periferic, imediat sub piele, ca și cum și-ar fi băgat degetul în priză. Aceste senzații neplăcute sunt corelate cu tulburările de somn de care suferă atât de multe persoane cu TSPT. O experiență nocturnă uzuală este aceea când ei se simt obosiți, chiar le este somn, merg în pat și încep să se relaxeze, pentru ca apoi să se trezească într-un șoc, cu inima bătându-le foarte rapid și cu senzații de bâzâit în membre. În acel moment nu mai au nici o speranță de a dormi timp de mai multe ore.

Încordarea musculară a ajutat multe persoane să reducă aceste senzații neplăcute – chiar până la punctul de a permite somnul. Tipul de încordare pe care îl discutăm aici nu presupune exerciții aerobice. Acestea sunt contraindicate pentru unele persoane cu TSPT și atacuri de panică, pentru că ritmul

cardiac și respirația ridicată pot reprezenta în sine declanșatoare traumatice. În aceste situații sunt benefice mai degrabă exercițiile lente, focalizate, de întărire musculară. Pentru ca acest tip de dezvoltare musculară să fie eficient, acesta trebuie realizat cu conștiență corporală – cu acordarea de atenție senzațiilor corporale, în general, și mușchilor lucrați, în particular (Bodynamic, 1988-1992). De asemenea, exercițiile trebuie oprite în momentul apariției unei oboseli ușoare a mușchilor, atât timp cât încă mișcarea mai este agreabilă. Repetarea exercițiilor „până se simte durere" nu ajută la dezvoltarea tonusului muscular care sprijină gestionarea emoțiilor. Sunt benefice exercițiile care cresc senzațiile de calm, forță și prezență crescută, nu cele care provoacă anxietate, greață, dezorientare etc. Obiectivul este acela de a construi o experiență pozitivă de a fi în propriul corp prin dezvoltarea musculaturii care poate să conțină mai bine hiperexcitarea și întreaga gamă de emoții. Un obiectiv ulterior este acela de a construi o experiență pozitivă de a fi în corp, astfel încât să se dezvolte dorința de a fi în propriul corp și de a continua exercițiile. În acest fel, aceste experiențe devin satisfăcătoare în sine.

Joanie era extrem de conștientă de nevoia ei de încordare musculară. Când fusese tânără, fusese vulnerabilă și impulsivă, predispusă să devieze de la un proiect la altul. Ea avusese dificultăți în a păstra un loc de muncă și manifestase izbucniri periodice de furie, precum și un nivel general de anxietate. Faptul că s-a mutat într-o țară unde mersul cu bicicleta era o modalitate principală de transport a reprezentat pentru ea o binecuvântare. Pe măsură ce s-a obișnuit să parcurgă distanțe mari cu bicicleta, picioarele ei au devenit din ce în ce mai puternice și, în mod surprinzător, a devenit din ce în ce mai stabilă – toate acestea înainte ca ea să se gândească la psihoterapie. Era foarte conștientă de rolul pe care tonusul muscular al coapselor sale îl avea în abilitatea ei nou descoperită

de a-și păstra concentrarea și de a-și gestiona emoțiile. Cu toate acestea, când era bolnavă sau când își vizita familia în altă țară și nu putea să meargă cu bicicleta pentru o perioadă, instabilitatea ei anterioară se furișa înapoi.

Un exercițiu simplu de tonifiere a musculaturii pentru început sunt flotările. Acestea cresc tonusul în partea din spate a brațelor (mușchii triceps), în piept (mușchii pectorali) și spate (mușchii trapez și romboizi). De asemenea, ele pot fi realizate acasă, fără un echipament special. Este mai ușor să se înceapă prin a sta la o distanță de până un metru de un perete, aplecându-se spre el și apoi împingând cu mâinile înapoi. Se poate coborî din ce în ce mai jos pe perete, până când există suficientă putere pentru a face flotările pe trepte sau pe podea. De asemenea, ridicările de picioare în multe direcții (mușchii cvadriceps, mușchiul tensor al fasciei lata, mușchii hamstrings și cei gluteali) nu necesită echipament special. Pot fi folosite greutăți libere ieftine, cutii de lapte sau cărți pentru dezvoltarea părții din față a brațului (mușchii biceps).

Pe lângă faptul că dezvoltă stabilitatea emoțională generală, încordarea musculară este utilizată de unele persoane drept o măsură de urgență când anxietatea amenință să crească până la un nivel copleșitor sau până la panică. În continuare sunt prezentate câteva posturi care pot fi folosite pentru a încorda mușchi specifici. Majoritatea oamenilor vor găsi în cel puțin una dintre ele un ajutor în gestionarea pe moment a emoțiilor. Bineînțeles că orice postură care crește anxietatea nu ar trebui utilizată.

ÎNCORDAREA MUȘCHILOR PERIFERICI – A ȚINE STRÂNS

Important: Orice încordare trebuie realizată doar până când se simte o oboseală ușoară în mușchi. Eliberarea încordă-

rii trebuie făcută încet. Acesta nu este un exercițiu de relaxare musculară progresivă. Aici obiectivul este să încerci să mențiI o mică parte din contracție/încordare. Încearcă un exercițiu și evaluează utilizând conștientizarea corporală înainte de a trece la următorul. În cazul în care încordarea provoacă orice reacție adversă (greață, detașare, anxietate etc.), de obicei se poate neutraliza acea reacție prin întinderea ușoară a aceluiași mușchi – realizând o mișcare opusă (Bodynamic, 1988-1992).

- *Lateralul picioarelor*: Stai drept, cu picioarele depărtate puțin mai mult decât distanța dintre umeri, cu genunchii relaxați (nici foarte drepți, nici îndoiți). Apasă genunchii în afară, direct în lateral, astfel încât să simți încordare de-a lungul picioarelor, pe lateral, de la genunchi până la șold (Bodynamic, 1988-1992).
- *Brațul stâng*: Stai jos sau în picioare cu brațele încrucișate, dreptul peste stângul. Mâna dreaptă ar trebui să acopere cotul stâng. Mai întâi, mâna dreaptă opune rezistență în timp ce brațul stâng se ridică drept de lângă corp. Ar trebui să simți încordare în partea brațului îndreptată înainte, de la umăr până la cot. În continuare, mână dreaptă opune rezistență în partea din spate a cotului, pe măsură ce brațul stâng împinge drept spre stânga. Ar trebui să simți încordare în partea brațului îndreptată spre stânga, de la umăr până la cot (Robyn Bohen, comunicare personală, 1991).
- *Brațul drept*: Stai jos sau în picioare cu brațele încrucișate, stângul peste dreptul. Mâna stângă ar trebui să acopere cotul drept. Mai întâi, mâna stângă opune rezistență în timp de brațul drept se ridică drept pe lângă corp. Ar trebui să simți încordare în partea brațului îndreptată înainte, de la umăr până la cot. În continuare, mână stângă opune rezistență în partea din spate a cotului, pe măsură ce brațul drept împinge drept spre stânga. Ar trebui să simți încordare în partea brațului îndreptată spre dreapta, de la umăr până la cot (Robyn Bohen, comunicare personală, 1991).
- *Coapse*: Stând pe un scaun, așează ambele tălpi drept pe podea. Pune greutate pe picioare până când simți că se adună încordarea în coapse.

Încordarea musculară a devenit elementul central al procesului terapeutic al unui client:

Theresa avea aproximativ 35 de ani când a început să mă vadă. Ea avea TSPT și tulburare de personalitate borderline. Nu era foarte funcțională și era incapabilă să muncească. Avea dificultăți în stabilirea obiectivelor – fie nu avea nici o idee, fie avea planuri ireale. Aproape de începutul lucrului meu cu Theresa, ea și-a exprimat dorința de a fi într-o zi capabilă să aibă un loc de muncă stabil, să se căsătorească și să își întemeieze o familie. I-am susținut dorința, însă am comentat că nu puteam să o realizăm în acea zi. Am întrebat-o „Ce lucru ai putea face astăzi care să reprezinte un mic pas către aceste obiective?". După ce s-a gândit, ea m-a surprins spunându-mi „Am nevoie de coloană vertebrală". Ea se referea atât la sensul figurat, cât și la cel propriu. După o investigare mai aprofundată, am aflat că își simțea spatele foarte slăbit și nu putea de fapt să simtă sprijinul oferit de coloana ei vertebrală. În acea zi am început să întărim mușchii coloanei Theresei prin exerciții lente, utilizând conștiența corporală. Îi indicam să se prăbușească în poziția ei obișnuită, după care o îndreptam încet, devenind mai înaltă. Am menținut un ritm lent, astfel încât ea să poată ține pasul cu schimbările de încordare musculară și cu alte senzații corporale. Eram interesată în mod particular ca ea să își observe zonele în care trebuia să se încordeze pentru a sta dreaptă. Era o muncă dificilă. Ea a repetat mișcarea de multe ori – prăbușire, îndreptare, prăbușire, îndreptare. Acest exercițiu a devenit temă pentru acasă. În ședințele următoare ne-am referit în mod frecvent la încordarea spatelui ei nou dezvoltată – ca la „coloana ei vertebrală". Treptat, aceasta a devenit pentru ea un sprijin de încredere și o resursă – atât la propriu, cât și la figurat – când ea a parcurs unele dintre temele dificile din viața ei.

GRANIȚELE FIZICE

Granițele sunt de multe feluri. Această secțiune va fi focalizată pe discutarea granițelor *interpersonale* și *concrete* care sunt asociate corpului.

GRANIȚELE INTERPERSONALE

Dacă ai „știut" vreodată că cineva stă în spatele tău înainte să te întorci și să privești sau dacă ai simțit că persoana cu care vorbeai stătea prea aproape de tine, atunci ai perceput o graniță interpersonală. Aceasta nu reprezintă o linie misterioasă sau mistică, ci este ceva foarte concret, care adesea este experimentată la distanțe variate. Graniţa ta interpersonală circumscrie ceea ce simți că este spațiul tău personal. Un tip de graniță interpersonală este acel punct în care distanța dintre tine și o altă persoană se schimbă din confortabilă în inconfortabilă. Un alt tip este ceea ce comportamentaliștii animalelor numesc *distanță critică*, punctul în care un animal sălbatic trece din starea de alertă precaută la atac. Identificarea distanței unei granițe este foarte personală și, în același timp, dependentă de situație. Ceea ce poate reprezenta o distanță inconfortabilă într-un anumit moment sau cu o anumită persoană, poate fi chiar foarte confortabilă într-un alt moment sau cu altcineva și viceversa.

DISTANȚA TERAPEUTICĂ

Uneori în cursul psihoterapiei apare o problemă care pare a nu avea cauză sau soluție. Următoarea consultație ilustrează o problemă întâmplată atât terapeuților experimentați, cât și celor în formare. Deși puțin extremă, situația descrisă aici nu este neobișnuită. În acest caz, clientului i se făcea rău – dureri de cap și vomă – la câteva ore de la ședința de terapie. Nici terapeutul, nici clientul nu puteau să identifice o cauză, însă ambii erau îngrijorați.

M-am întâlnit cu terapeutul și clientul în același timp. Mai întâi am fost pusă la curent cu istoria personală a clientului și cu istoria terapiei. Deoarece terapeutul lucra foarte mult centrat pe corp, am emis ipoteza că lucrul corporal a fost prea răscolitor și prea sever pentru client. Dar nu, nu lucraseră corporal deloc; doar vorbiseră. Bine, atunci ar fi putut fi prea traumatic materialul discutat, prea mult pentru client, prea răscolitor? Nu, ei discutaseră doar aspecte din viața de zi cu zi a clientului. Din moment ce problema nu consta în conținut sau metodă, am devenit curioasă în legătură cu așezarea lor fizică. Cum stăteau ei de obicei? Mi-au arătat, așezându-se unul cu fața la celălalt, în scaune aflate la o distanță de aproximativ un metru.

I-am cerut clientului să își exploreze conștiența corporală și să menționeze orice senzație. Acesta a simțit că îi crește ritmul cardiac, că are mâinile transpirate și reci și o ușoară greață. I-am sugerat să se mute mai în spate și să observe ce se întâmplă. S-a simțit puțin mai ușurat. L-am încurajat să găsească o distanță și o așezare care să reducă și mai mult simptomele de disconfort. El s-a mutat mai în spate și într-o parte. Era mult mai liniștit, însă se simțea încă puțin inconfortabil. Clientul a continuat să experimenteze în acest mod. Într-un final, o așezare a scaunelor la o distanță de aproape trei metri, întoarse în diagonală astfel încât să nu mai fie unul în fața celuilalt, l-a liniștit foarte mult – toate semnele activării simpatice au fost înlocuite de semne ale activării parasimpatice.

Clientului nu i s-a făcut rău după acea consultație. Atât clientul, cât și terapeutul au continuat să acorde o atenție ridicată poziției în care stăteau așezați în ședințele următoare, iar clientul nu a mai avut nici o altă stare de rău după ședințele de psihoterapie.

Două exerciții de explorare a granițelor[*]

Cu toate că exercițiile următoare vor fi familiare pentru mulți, este bine să fie prezentate pentru cei care nu le-au mai întâlnit până acum.

Primul exercițiu de explorare a graniței interpersonale se realizează în diade. Un partener pășește încet către celălalt. Partenerul care staționează este atent la senzațiile sale corporale și spune „stop" când începe să se simtă inconfortabil. Este mai bine să se repete exercițiul de mai multe ori, iar partenerul nemișcat să stea în diferite unghiuri față de cel care vine spre el – cu fața, cu umărul drept și cel stâng, cu spatele la partenerul în mișcare. Este important ca partenerul nemișcat să vorbească despre ceea ce simte în corp și despre emoțiile sale.

Acest exercițiu exemplifică dificultatea pe care multe persoane o au de a-și simți granițele și de a putea spune „nu" sau „stop". Uneori corpul și starea emoțională a partenerului nemișcat nu se modifică niciodată, acesta nu spune „stop", iar partenerul în mișcare ajunge să dea peste el. Când se întâmplă acest lucru, înseamnă de obicei că distanța de la care s-a început era deja în interiorul graniței interpersonale a partenerului nemișcat. *Nu este posibil ca partenerul nemișcat să își simtă granița dacă partenerul în mișcare deja a depășit-o la punctul de început al exercițiului.* Dacă se întâmplă acest lucru, încercați să repetați exercițiul de la o distanță de început mai mare. Acest lucru este de asemenea valabil pentru oameni în viața lor de zi cu zi. Nu este posibil să simți unde se află punctul tău de „stop" sau de „nu" dacă acesta a fost deja depășit. Prin urmare, în

[*] Istoria acestor exerciții este ciudată, deoarece mai multe organizații susțin că le-au creat pe fiecare. Fie inspirația originală care a dus la apariția lor a fost uitată de mult, fie acele grupuri au dezvoltat întâmplător exerciții similare în jurul aceleiași perioade.

cazul în care un client menționează că distanța dintre voi este bună, gândește-te dacă acesta se simte cu adevărat confortabil sau dacă nu își poate simți granița deoarece te afli deja prea aproape. Când există îndoieli, unul dintre voi se poate muta puțin și observați ce se întâmplă. Puteți să reveniți în poziția de la început în orice moment. Un exemplu:

Când ne începeam cea de-a doua ședință, Thomas arăta ca și cum își ținea respirația. L-am întrebat despre poziția noastră. El a zis că era în regulă, dar încă nu respira. I-am sugerat să mă mut puțin mai în spate doar ca să vedem ce se întâmplă, iar el a fost de acord. Când am realizat acest lucru, a expirat imediat și a respirat mai ușor. A observat și el modificarea. Am continuat ședința de la acea distanță.

Al doilea exercițiu de explorare a graniței interpersonale presupune utilizarea unui fir (sau ață, sau sfoară) pentru a ajuta la vizualizarea propriei granițe. Clientul, în psihoterapie individuală sau de grup, ia un fir și îl folosește pentru a desena un cerc în jurul propriei persoane, cu raza pe care el o percepe a fi distanța lui confortabilă. Este bine să i se ceară clientului să vorbească despre experiență în timp ce realizează acest lucru, inclusiv despre senzațiile pe care le are în corp când își materializează granița. Apoi, cu permisiunea clientului, terapeutul poate parcurge camera, intrând și ieșind din granița clientului (așa cum facem tot timpul cu ceilalți). Clientul este rugat să își urmărească reacțiile somatice și emoționale, exprimând ceea ce se întâmplă în timp ce terapeutul pășește. Ar trebui să observe când simte că spațiul său este sigur și când simte o intruziune. De asemenea, ar trebui să se simtă liber să își ajusteze granița în orice moment. Un detaliu care merită menționat: cu cât distanța graniței este mai mare, cu atât aceasta este invadată mai ușor, iar sentimentele de intruziune ale clientului sunt cu atât mai frecvente și mai intense. La un moment dat, clientul poate fi învățat să își retragă granița (la propriu, folosind firul, cât și la modul figurat).

Când clientul va fi pregătit, poate fi utilă o intervenție suplimentară: cu permisiunea clientului, terapeutul se oprește exact în interiorul firului și nu se mișcă. De obicei clientul se va simți inconfortabil, uneori furios. Apoi terapeutul îl va ajuta să își dea seama că dacă își retrage granița într-un cerc mai strâns în jurul lui, terapeutul nu îl va mai deranja în interiorul graniței sale. Adesea acest lucru îi dă clientului un sentiment de control asupra spațiului personal pe care îl poate lua cu el în viața de zi cu zi, în contactele sale de afaceri, sociale și personale, în transportul în comun, în restaurante etc.

GRANIȚA CONCRETĂ DE LA NIVELUL PIELII

Multe persoane cu TSPT pot fi descrise prin expresia „cu piele subțire". Evenimentele traumatice trec adesea de piele, în mod fizic sau psihologic.

O prietenă în vârstă de 3 ani, Lane, a suferit multe traume medicale. Ea se bucura foarte mult de compania câte unui singur copil, însă era incapabilă să tolereze stimularea venită din partea mai multora. La o reuniune familială anuală ea se agăța cu disperare de unul dintre părinții săi. Cu toate că de obicei se simțea în siguranță când ei o linișteau, de data aceasta nu a mai fost suficient, deoarece agitația produsă de prezența mai multor copii a crescut.

Am fost impresionată de dificultatea ei și m-am apropiat de ea cu grijă, când ea se ținea strâns de mama sa, în mod vizibil neliniștită. Am început să îi masez suprafața spatelui cu mâna, în mod ferm, dar cu blândețe. Când făceam asta, i-am spus „Aici este Lane. Poți să o simți pe Lane aici?" A început să se calmeze și să se relaxeze. Scâncetele i-au încetat. Atât timp cât îmi țineam mâna pe spatele ei, amintindu-i unde i se afla corpul fizic și unde acesta înceta, ea își putea păstra calmul. Oricând îmi retrăgeam

mâna, supărarea ei creștea din nou, chiar și când continuam să-i reamintesc în mod verbal. Eu și mama ei am fost amândouă fascinate de schimbarea semnificativă apărută când i-am evidențiat granița și îngrijorate de faptul că ea nu și-o putea păstra în lipsa mâinii mele. Mai târziu în acea săptămână am discutat cu mama lui Lane strategii de a-i dezvolta senzația de graniță fizică. Am inventat jocuri pe care ele le puteau juca împreună. Unul dintre ele presupunea ca ele să își lipească mâinile, brațele, picioarele sau tălpile, iar mama să îi dea indicații lui Lane să își schimbe focalizarea senzațiilor de la suprafața pielii: „Simte-o pe mama, acum simte-o pe Lane." Pe măsură ce astfel de exerciții au ajutat-o pe Lane să aibă o simțire mai sigură a marginilor corpului ei, toleranța ei față de gălăgia copiilor s-a îmbunătățit.

Îngroșarea pielii lui Helen

Helen avea aproximativ treizeci și cinci de ani când a venit la terapie din cauza unei copilării traumatizate de abuz sexual și fizic. Este de la sine înțeles că ea avea multe probleme și că era foarte sensibilă. Locuind în oraș, dar neavând mașină, ea era adesea chinuită de anxietate când se confrunta cu transportul în comun. Nu călătoria în sine era intimidantă, ci riscul de contact fizic accidental. Frica ei de atingeri întâmplătoare era evidentă chiar și în situația terapeutică. Ea trebuia să aibă multă grijă când intra sau ieșea din cabinet ca nu cumva să ne atingem umerii din greșeală. M-a determinat să-i promit că niciodată nu o să o ating afectuos cu palma pe umeri când iese pe ușă. Nu avusesem niciodată un client care să se teamă atât de mult chiar și de o ciocnire a umerilor cu altcineva.

Deoarece primul meu principiu de lucru este să am grijă de siguranța clientului atât în interiorul, cât și în exteriorul ședinței, am propus să identificăm o modalitate de a o ajuta să simtă că are controlul atingerilor întâmplătoare – să îi dau câteva instrumente pentru a le evita, a le opri și să nu mai aibă senzația că o invadea-

ză sub piele. Amândouă știam că uneori este inevitabil să te lovești de oameni în autobuze, trenuri și metrouri.

Helen a lucrat mai întâi centrat pe dezvoltarea tonusului muscular, pentru a îngroșa și pentru a întări protecția de sub piele. Extrem de motivată, ea a ridicat greutăți, a făcut flotări și abdomene și a mers pe jos în fiecare zi timp de mai multe luni. Apoi, am construit un program prin care ea putea învăța să se depărteze de atingerile nedorite sau să îndepărteze de ea mâna sau umărul altei persoane. Era convinsă că trebuia să devină pricepută la acest lucru și era dispusă să suporte un anumit grad de disconfort pentru a realiza asta. În acest caz am făcut o excepție de la regula mea de a nu atinge clienții traumatizați, deoarece programul pe care l-am creat necesita atingeri scurte. Helen a insistat asupra faptului că beneficiile potențiale erau mai importante decât riscurile. (Ar fi existat opțiunea de a o încuraja să încerce aceleași exerciții cu un prieten de încredere sau să aducă un prieten în terapie. Acest lucru ar fi evitat problema atingerii dintre terapeut și client. Cu toate acestea, Helen nu avea prieteni în momentul în care ne-am asumat această sarcină – se temea prea mult de a fi atinsă pentru a avea vreun prieten.)

Helen a ales prima sarcină. Mai întâi eu îi arătam; apoi ea încerca singură. Stăteam una în fața celeilalte, la un braț distanță, și când ea era pregătită, își punea mâna pe umărul meu. Apoi eu îmi răsuceam corpul mai departe de mâna ei și făceam un pas înapoi, făcându-i mâna să-i cadă pe lângă corp. Când era rândul lui Helen, ea îmi spunea momentul în care era pregătită ca eu să îmi pun mâna pe umărul ei. Apoi ea încerca o răsucire similară, făcând un pas în spate, până când brațul îmi cădea pe lângă corp.

În continuare am încercat să stăm umăr lângă umăr. Am instruit-o ca mai întâi să încerce doar să pășească în lateral, depărtându-se de umărul meu. Odată ce s-a obișnuit cu acest lucru, i-am sugerat să rămână în acel loc și doar să își îndrepte umerii

în interior, spre centrul corpului ei, micșorându-și distanța dintre umeri, astfel încât să crească distanța dintre umerii noștri.

Acest lucru poate părea foarte simplu, însă pentru Helen a fost foarte dificil. La început avea foarte multă anxietate, însă pe măsură ce a crescut ușurința cu care realiza mișcările, ea a devenit mai calmă și mai încrezătoare.

Cel de-al treilea exercițiu a presupus din nou să stăm față în față la distanță de un braț. Helen îmi cerea să îmi pun mâna pe umărul ei; apoi îmi îndepărta mâna mult mai direct. O modalitate de a face acest lucru a fost pur și simplu să o împingă cu mâna opusă; o alta a fost să-și rotească într-un cerc brațul de pe aceeași parte, lovindu-mi ușor mâna. Am discutat despre importanța realizării acestei mișcări cu calm, chiar dacă ea se simțea furioasă. Scopul era să împiedicăm pe cineva să o atingă, nu să provocăm un conflict.

Am repetat aceste exerciții, iar și iar, pe parcursul mai multor săptămâni. Pe măsură ce dexteritatea lui Helen a crescut, „pielea" ei a părut că se întărește și se îngroașă și odată cu aceasta a crescut și încrederea ei de a se aventura în lume. A căpătat de asemenea mai multă încredere în mine, deoarece s-a simțit mai capabilă să mă oprească dacă eu aș fi făcut ceva ce ea nu ar fi vrut. Până la urmă și-a redus precauția. Într-o zi m-a surprins cerându-mi să îmi schimb promisiunea. Acum își dorea ca eu să o ating întâmplător când intra și când ieșea din cabinetul meu – o atingere pe umăr sau ceva similar. Dorea să vadă cum ar simți-o și să decidă ea însăși dacă o acceptă sau se îndepărtează de ea.

STABILIREA UNEI SENZAȚII DE GRANIȚĂ LA NIVELUL PIELII

Trauma și TSPT reprezintă rezultatul unor evenimente care au fost invazive fizic într-un fel sau altul: atac, viol, accident de mașină, operație chirurgicală, tortură, bătăi etc. Pierderea senzației de integritate corporală este de cele mai multe ori cea care accelerează ieșirea de sub control a unui proces

traumatic. Restabilirea senzației de graniță la nivelul pielii va reduce în multe cazuri hiperexcitarea și va crește sentimentul de control asupra propriului corp. Pentru a crește senzația de integritate corporală, adesea sugerez clienților să își simtă fizic periferia/granița proprie – pielea. Acest lucru poate fi realizat în mai multe moduri:

1. Indică-i clientului să își folosească propriile mâini pentru a-și freca în mod ferm (nici prea ușor, nici prea dur) întreaga suprafață a corpului. Asigură-te că frecatul este menținut la suprafață – piele (haine pe piele) – și că *nu* devine o strângere sau o masare a mușchilor. În cazul în care clientului nu îi place să se atingă, poate folosi un perete sau o ușă (adesea un perete rece este grozav) pentru a se freca de o pernă sau un prosop, astfel încât să realizeze contactul. Adu-ți aminte, în special, de spate și de lateralele brațelor și picioarelor.
2. Unii clienți se vor simți prea răscoliți chiar și de atingerea propriei pieli sau de a fi observați făcând acest lucru. În acest caz ar putea funcționa să le indici să își simtă pielea prin intermediul simțirii obiectelor cu care se află în contact. Indică-i persoanei să simtă unde fundul îi atinge scaunul, unde tălpile ating interiorul pantofilor, unde palmele se odihnesc pe coapse etc.
3. Când clientul realizează unul dintre aceste lucruri, uneori este util să îi sugerezi să își spună „Acesta sunt eu", „Aici e granița mea" etc.

GRANIȚELE VIZUALE

Pentru unii clienți, doar faptul că terapeutul îi privește reprezintă o intruziune. Reacțiile lot pot fi puternice, sub această dificultate aflându-se adesea sentimente intense de rușine sau jenă. În astfel de cazuri, poate fi foarte simplu pentru terapeut să își întoarcă privirea. Clienții care au această dificultate vor fi foarte ușurați când terapeutul privește în altă parte. Durează o perioadă până când îi intră în deprindere terapeutului, care e obișnuit să se bazeze pe indicii vizuali, însă beneficiul potențial pentru client ar trebui să-l ajute să-și tolereze disconfortul.

PROBLEMA ATINGERILOR DINTRE CLIENT ȘI TERAPEUT

Nu poate fi negată nevoia universală de atingere și de contact uman. Acest lucru nu este mai puțin valabil pentru persoanele traumatizate – ci poate mai mult. Cu toate acestea, pot apărea complicații când nevoia de atingere este satisfăcută în situația terapeutică. Transferul și contratratransferul pot fi provocate într-o măsură imposibil de gestionat. Pentru clienții mai stabili (Tipul I și Tipul IIA), riscul poate fi minimalizat, însă în cazul clienților de Tip IIB, atingerea din partea terapeutului este prea riscantă pentru a putea fi recomandată. De exemplu, nu rareori terapeutul care atinge ajunge să fie perceput ca un atacator de către clientul abuzat fizic sau sexual. Este de la sine înțeles că acest lucru nu este benefic pentru procesul terapeutic. Iată un exemplu despre cum se învață din propriile greșeli:

Kurt a fost atât abuzat, cât și neglijat în anii copilăriei. Solicita foarte mult timp și atenție din partea mea. L-am încurajat pe Kurt să își crească gradul de conștiență corporală și să își afle granițele interpersonale, însă era sceptic. Pe parcursul mai multor ședințe el s-a plâns că avea nevoie de a fi ținut în brațe. Era sigur că avea nevoie de la mine de acest lucru. Când am ezitat, el a devenit foarte furios. Într-un final, a insistat doar să încercăm și să vedem dacă funcționează. Am cedat, deși știam că nu este bine. A vrut ca eu să-mi pun brațele în jurul lui când stăteam unul lângă altul pe canapea. În loc să experimenteze contactul liniștitor pe care îl anticipase, anxietatea lui a crescut busc. Nu a putut să se relaxeze și a devenit frustrat de sine și apoi de mine. El a simțit că eu aș fi făcut ceva rău din moment ce el se simțea atât de speriat. Kurt nu a putut să își asocieze frica puternică de a fi ținut în brațe acum, cu istoria lui anterioară de abuz; eu am fost percepută ca fiind atacatorul. Nu a fost posibil să rezolv conflictul în ședințele următoare și până la urma el a încetat psihoterapia cu mine.

O strategie mai bună de ajutare a clienților traumatizați să își satisfacă nevoia de atingere este să îi învățăm cum să își satisfacă aceste nevoi cu prietenii și membrii familiei cei mai apropiați sau în cadrul unei situații de terapie de grup. Pentru ca un client să poată să ceară, să primească și să utilizeze atingerea în cadrul rețelei sale sociale, acesta trebuie să își fi dezvoltat abilitatea de a-și percepe și de a-și respecta propriile granițe.

Ca o consecința a anilor de incest, Blair era confuză în ceea ce privește propriile granițe. Știa că are nevoie de contact și uneori își depășea limitele confortului pentru a-l obține. Adesea avea un comportament promiscuu în încercarea de a obține contact fizic. În trecut ea suferise de mai multe ori de boli cu transmitere sexuală. Era o dilemă derutantă pentru ea: dacă își respecta granița interpersonală, se temea că nu va mai fi atinsă niciodată. Nu putea să găsească nici un compromis. După ce am ajutat-o să își dezvolte conștientizarea corporală, i-am sugerat să realizeze un experiment acasă, cu care a fost de acord. Am sfătuit-o să aleagă un prieten, bărbat sau femeie, cu care să experimenteze împreună granițele ei de atingere. Am discutat argumentele pro și contra pentru mai multe opțiuni; Blair s-a hotărât asupra a două persoane cărora urma să le ceară acest lucru. Când un prieten a fost de acord, am pregătit-o pe Blair pentru experiment. Ea urma să își monitorizeze conștiența corporală pe parcursul întregului experiment și să țină minte modificările, pentru ca noi să le discutăm în ședința următoare.

Experimentul presupunea ca Blair să afle ce tip de atingeri putea prietenul său să îi ofere cât timp ea își menținea ritmul cardiac și respirația normale – adică, nu devenea anxioasă. La început Blair a crezut că experimentul era puțin absurd. Ea era atât de obișnuită să fie atinsă, încât se îndoia că avea nevoie de o precauție atât de mare. Însă a descoperit că nu era așa. Când și-a concentrat

atenția asupra propriilor senzații, a descoperit că într-adevăr devenea anxioasă când brațele celuilalt îi înconjurau corpul. A fost prima oară când și-a dat seama că acel comportament promiscuu presupunea blocarea senzațiilor sale corporale. Pe parcursul continuării experimentului a descoperit ulterior că ținutul de mână era complet confortabil pentru ea. În săptămânile care au urmat Blair a acordat o atenție mai mare conștienței corporale când era atinsă. În ședințele de psihoterapie am analizat descoperirile sale și ea a fost instruită adițional în legătură cu modalitatea de a cere tipul de atingere de care avea nevoie și cum să îl refuze pe cel de care nu.

ATENUAREA TERMINĂRII ȘEDINȚEI

Orice psihoterapeut care lucrează cu trauma știe că încheierea unei ședințe singulare de terapie a traumei poate fi uneori dificilă; după cum am discutat anterior, procesele traumatice se pot accelera cu ușurință. Când încadrarea în timp a unei ședințe nu se potrivește cu cadrul terapeutic temporal obișnuit, poate fi dificil atât pentru terapeut, cât și pentru client. Majoritatea tehnicilor și principiilor discutate în acest capitol și în cele două anterioare pot fi utilizate drept suport pentru rezolvarea problemei reprezentată de terminarea unei ședințe. Acestea pot fi aplicate atât pentru stabilirea ritmului unei ședințe, cât și pentru încheierea ei.

Învățarea clientului să încetinească procesul terapeutic îi oferă un avantaj atât acestuia cât și terapeutului. Pentru client, crește siguranța procesului terapeutic, deoarece el capătă încredere în propria abilitate de a-și controla – de a iniția și de a stopa – amintirile traumatice. De obicei, capacitatea de a se confrunta cu problemele dificile crește când clientul știe că poate să iasă din ele în orice moment. Când clientul și terapeutul și-au antrenat bine abilitatea de a frâna procesul terapeutic, înainte de a aborda materialul traumatic, accelerarea poate fi

oprită în orice moment. Mai mult, păstrarea nivelului scăzut de excitare a clientului pe parcursul ședinței de psihoterapie face, în primul rând, ca procesul să nu scape de sub control. Familiarizarea cu resursele clientului îl va ajuta pe terapeut să țină departe clientul de acele procese pentru care acesta nu are instrumentele necesare să le oprească. Bineînțeles că vor exista situații de erori de judecată și ședința va trebui să fie prelungită cu câteva minute, cu scopul de a frâna, însă dacă pregătirea este adecvată, acest lucru nu se va întâmpla frecvent.

Câteodată, cea mai bună strategie de a ne încadra în timp cu încheierea ședinței este să încheiem mai devreme. Poate fi util să fim atenți la momentele favorabile pentru încheiere (precum în ședința cu Gail din finalul capitolului anterior) – o integrare, un „aha!", o scădere spontană a excitării. Adesea există mai multe astfel de momente într-o singura ședință. De regulă este mai bine să trimitem clientul acasă după o ședință scurtă în care a ajuns la o integrare sau la o detensionare semnificativă, decât să continuăm ședința până la sfârșitul timpului alocat, când acesta se poate simți inconfortabil sau confuz. De asemenea, timpul rămas după oprirea unei anumite intervenții terapeutice asupra traumei poate să fie folosit foarte bine pentru a se realiza integrarea psihoterapiei traumei în viața de zi cu zi a clientului.

În capitolul următor se va discuta aplicarea conștientizării corporale și a altor instrumente somatice în relație cu facilitarea abordării amintirilor traumatice.

CAPITOLUL OPT

AMINTIREA SOMATICĂ DEVINE ISTORIE PERSONALĂ

Indiferent de tehnicile sau de modalitățile utilizate, obiectivele psihoterapiei traumei ar trebui să fie:

1. Unificarea amintirilor implicite și explicite într-o istorie cu sens a evenimentelor și a urmărilor incidentului traumatic. Acest lucru include înțelegerea senzațiilor corporale și a comportamentelor în acel context.
2. Eliminarea simptomelor provocate de hiperexcitarea SNA în relație cu acele amintiri.
3. Reasocierea evenimentului traumatic cu trecutul: „S-a încheiat. S-a întâmplat cu mult timp în urmă. Am supraviețuit".

Încă de la mijlocul anilor 1980 au apărut mai multe modele de tratament al traumei. De fapt, în cadrul domeniului a apărut un sentiment de competiție. Așteptarea predominantă este ca un model terapeutic să se delimiteze ca fiind *singurul* potrivit pentru intervenția asupra traumei. Această atitudine reprezintă un motiv de îngrijorare, deoarece face un deserviciu clienților noștri. Fiecare terapie disponibilă ajută unii clienți și fiecare dintre ele uneori eșuează. Fiecare modalitate are atât puncte forte, cât și slabe. La fel cum nu există un singur medicament pentru a trata anxietatea sau depresia, nu există nici o

terapie a traumei care să fie potrivită pentru toate cazurile. De fapt, uneori relaţia terapeutică reprezintă principala forţă în vindecarea traumei, nu o anumită tehnică sau model. Cu toate acestea, toate modalităţile de tratament al traumei au două lucruri în comun: toate sunt foarte structurate şi toate sunt foarte directive. Fiecare metodă implică o procedură precisă care trebuie urmată pentru a se ajunge la rezolvarea amintirilor traumatice. Aceasta presupune ca terapeutul să fie directiv, să dirijeze mai degrabă decât să urmeze schimbarea clientului. Se pare că această trăsătură comună nu este accidentală. Persoanele care lucrează cu trauma – din alte discipline – sunt de acord că această activitate necesită structură şi direcţie. Acest lucru are sens, deoarece urmarea procesului clientului fără a se interveni, are de obicei drept rezultat fie evitarea amintirilor traumatice, fie starea de a fi copleşit de acestea.

Deşi studiile de eficienţă pot indica calea pentru găsirea modelelor potrivite, ele pot în acelaşi timp să inducă în eroare. Mai întâi de toate, majoritatea acestor studii sunt bazate pe clienţii traumatizaţi de Tipul I. În plus, studiile realizate de propunătorii unei metode raportează în principal rezultate pozitive, în timp ce acelea realizate de opozanţi raportează rezultate negative. Poate că o bază mai bună de evaluare a succesului sau eşecului unei metode ar putea fi să ne bazăm pe conştienţa corporală a clientului şi pe profilul său simptomatic: „Te-a ajutat această metodă? Eşti mai calm, mai controlat, funcţionezi mai bine? În regulă, hai să continuăm". „Nu te ajută această metodă? Te simţi mai rău, mai instabil, mai incapabil să îţi gestionezi viaţa de zi cu zi? În regulă, hai să încercăm altceva". După cum am afirmat anterior, cea mai sigură psihoterapie a traumei include mai multe modele, astfel încât terapia să poată fi adaptată la nevoile specifice ale clientului.

Indiferent de metodele psihoterapeutice care sunt utilizate, temele prezentate în acest capitol vor fi fundamentale pentru îmbunătăţirea calităţii şi rezultatelor terapiei traumei.

ATENŢIE LA DIRECŢIA GREŞITĂ

Memoria este maleabilă şi poate fi influenţată. Atât amintirile continue, cât şi cele recuperate pot fi extrem de exacte, dar de asemenea pot să aibă inexactităţi. Un exemplu bun al vulnerabilităţii memoriei este oferit de fiul unui prieten care şi-a fracturat mâna când avea 8 ani. Băiatul, acum în vârstă de 12 ani, îşi aminteşte cu exactitate marea parte a incidentului: căzătura din copac, fracturarea braţului, drumul la spital, faptul că un doctor i-a fixat braţul la loc. Cu toate acestea, există un detaliu integral pe care el şi-l aminteşte greşit. În amintirea băiatului, mama sa era cea care l-a ţinut în braţe în timp ce îi era fixat la loc osul. În realitate, tatăl lui a făcut acest lucru. Implicaţiile acestui tip de distorsiuni de memorie sunt profunde. Amintirea continuă sau recuperată a unui incident de abuz ar putea, de exemplu, să fie în general adevărată, însă atacatorul sau vârsta sau locul etc. ar putea fi amintite eronat. Acest lucru nu înseamnă că toate amintirile recuperate ar trebui să fie suspecte; este posibil de asemenea ca ele să fie extrem de exacte, după cum a fost demonstrat de studiile şi rapoartele realizate de Andrews (1997), Duggal şi Sroufe (1998) şi Williams (1995).

Natura nesigură a memoriei îl pune pe terapeutul traumei într-o poziţie dificilă. Clienţii descriu amintiri ale traumei care s-au păstrat continuu; ei descriu de asemenea amintiri care au fost reactualizate în cadrul psihoterapiei, în afara acesteia sau chiar anterior ei. De asemenea, amintirile pot fi recuperate indiferent dacă terapeutul sau clientul încearcă sau nu să realizeze acest lucru. Indiferent de felul în care apar amintirile, problema rămâne. Cum se evaluează exactitatea unei amintiri? Când există documente, martori sau dovezi corobo-rante, poate fi determinată veridicitatea unei amintiri. În cazul în care nu există nici o coroborare, atunci poate fi suspectată

exactitatea acesteia. Există posibilitatea să nu se poată determina exactitatea unei „amintiri".

O dilemă terapeutică apare când terapeutul și/sau clientul simt nevoia să crediteze o amintire neîntemeiată ca fiind „adevărată" sau „falsă". Onno Van der Hart și Ellert Nijenjuis (1999) o numesc „credință reflexivă" și avertizează împotriva practicării ei, deoarece există riscul ridicat de a obține rezultate fals negative sau fals pozitive. Oricare atribuire ar fi realizată, că amintirea este reală sau nu, aceasta va influența într-o foarte mare măsură direcția terapiei și viața clientului. Singura cale în aceste circumstanțe o reprezintă continuarea terapiei, însă cu abținerea de la a realiza evaluări. Acest lucru poate fi greu de suportat, atât de către client, cât și de către terapeut. Însă a nu face acest lucru implică riscul unei greșeli care are consecințe cumplite.

RISCURILE DIRECȚIEI GREȘITE

Este ușor să te abați pe direcția greșită. Când se întâmplă acest lucru, clientul poate avea foarte mult de suferit. Poate avea loc chiar și decompensarea. Bineînțeles, nu se poate spune întotdeauna dacă decompensarea este rezultatul impactului recuperării amintirilor traumatice sau al destabilizării cauzate de căutarea amintirii unei traume care nu există. Când avem îndoieli, semnele hiperexcitării sistemului nervos autonom precum și alte simptome reprezintă indicatori buni. De exemplu:

Brad a venit la psihoterapie deprimat, anxios și cu tendințe de suicid. Era palid, cu respirația rapidă și superficială. A menționat că acesta nu era felul lui normal de a fi. El a devenit din ce în ce mai decompensat în timp ce consulta un alt psihoterapeut, cu care începuse lucrul după ce îi apăruse sentimentul că ar fi fost violat când era copil. Terapeutul lucrase cu el pentru recuperarea amintirilor unui posibil viol din copilărie. Când a dezvoltat o gravă ideație suicidară, Brad și-a dat seama că ceva era foarte în neregulă și a început să caute un alt terapeut.

Copilăria lui Brad fusese dificilă. Fusese arestat de câteva ori când era adolescent și petrecuse câteva luni în închisoare. Acest context a devenit semnificativ în procesul de înțelegere a stării sale actuale. Cu aproximativ nouă luni înainte de a-și începe lucrul cu celălalt psihoterapeut, casa lui Brad fusese spartă și prădată, într-o seară în care ieșise în oraș cu familia sa; hoțul pornise o alarmă silențioasă. Când Brad a ajuns acasă, erau foarte mulți polițiști acolo. Terapeutul anterior nu acordase deloc atenție acelui incident tulburător și recent, ci se îndreptase direct către violul simțit, însă neamintit. Brad a continuat să se decompenseze din ce în ce mai mult, pe măsură ce ei căutau mai departe amintiri din copilărie care să explice sentimentul de viol.

După ce am făcut anamneza lui Brad, i-am spus „Se poate să fi fost violat în copilărie la fel de bine cum se poate să nu. Nu există nici o modalitate să aflăm acest lucru, pentru că nu îți amintești și pentru că nu există nici o consemnare. Cu toate acestea, recenta spargere și intruziunea adiacentă a poliției reprezintă motive suficiente pentru simptomele tale, pentru sentimentele tale de a fi fost violat. Multe persoane și-ar descrie reacția la o asemenea intruziune drept „mă simt ca și cum aș fi fost violat". Dacă luăm în considerare și dosarul tău de arest din adolescență, îmi imaginez că atât jaful, cât și intruziunea poliției au fost foarte șocante pentru tine".

La ascultarea evaluării mele, Brad s-a calmat într-un mod vizibil, în obraji revenindu-i o culoare sănătoasă. Respirația i-a devenit mai profundă și mai lentă. Descreșterea hiperexcitării era aproape palpabilă; Brad putea în mod evident să simtă acest lucru în corpul său. Ideația suicidară i-a dispărut. În cadrul acelei săptămâni el și-a putut gestiona emoțiile și a revenit la un nivel normal de funcționare. În ședințele următoare, am abordat acele evenimente mai recente.

Din nefericire, acesta nu constituie un exemplu izolat. O modalitate de a evita acest tip de eroare terapeutică este realizarea unei anamneze atente și în fiecare caz adresarea întrebării „Ce te aduce la psihoterapie *acum*?" Dacă răspunsul este ceva precum „o suspiciune" a unui abuz anterior sau a altor forme de traumă, întreabă întotdeauna în continuare: „Ce te-a făcut să te gândești la asta acum?" sau „Ce ți-a declanșat asta acum?". În cazul în care clientul nu este sigur, formularea atentă a unor întrebări despre evenimentele stresante din ultimele luni sau ultimul an ar putea conduce la descoperirea unui incident declanșator care trebuie abordat înainte. Concentrarea pe evenimentul actual care a adus inițial clientul la terapie reprezintă o modalitate de a evita devierea într-o direcție greșită.

OBȚINEREA TUTUROR INFORMAȚIILOR

Un exemplu excelent de evitare a direcției greșite prin obținerea tuturor informațiilor relevante este oferit de Donald Nathanson în primul capitol din *Shame and Pride (Rușine și mândrie)* (1992). Nathanson a apelat la o judecată de bun simț care l-a scutit pe clientul său de multă suferință și de cheltuirea multor bani. El descrie un fost pacient care s-a întors în psihoterapie îngrozit că își pierduse capacitatea de a-și gestiona anxietatea, lucru asupra căruia se centrase terapia anterioară. Actualul lui nivel ridicat de anxietate era insensibil la toate abilitățile pe care le obținuse. Îi era „frică de orice". La primul interviu, printre alte informații adunate, Nathanson și-a întrebat în mod înțelept pacientul despre „vorbirea sa nazală" și a aflat că acesta avea o răceală. A ieșit la iveală faptul că acel client lua medicamente care conțineau pseudoefedrină, un fel de adrenalină sintetică. Acest tip de medicamente imită reacția corpului la stres – excitarea simpatică ridicată. Nathanson

a înțeles rapid că simptomele acestui pacient erau cauzate de medicație și nu de anxietate. Reducerea simptomelor anxioase a devenit atunci ușoară – doar schimbarea medicației.

Imaginați-vă ce s-ar fi întâmplat pacientului lui Nathanson dacă acest doctor nu ar fi fost așa de înțelept. Ei ar fi început să caute o cauză psihologică a anxietății sale, săpând și săpând. Rezultatele ar fi putut fi dezastruoase, dar și costisitoare. Asemenea greșeli sunt făcute cu ușurință când fie terapeutul, fie clientul acționează pe baza unor predicții preconcepute și sare direct la cauzele psihologice ale simptomelor somatice. Pot apărea probleme grave când preconcepția indică către traumă.

Și alte stări fizice pot imita problemele psihologice. De exemplu, luați în considerare modificările hormonale care apar odată cu înaintarea în vârstă. *Perimenopauza* este termenul utilizat acum pentru descrierea perioadei prelungite de modificări hormonale și menstruale care conduc la menopauză, la încetarea totală a menstruației. Perimenopauza poate începe chiar și cu zece ani înainte de menopauza efectivă. În acea perioadă hormonii pot fluctua eratic și pot crea numeroase simptome fizice și psihologice (Beglez, 1999), inclusiv unele care imită anxietatea.

Dorothy, în vârstă de 48 de ani, se trezea brusc în mijlocul nopții, simțindu-se foarte încinsă și cu inima bătându-i foarte repede. Fiind influențată de o prietenă care mergea la psihoterapie și de o carte de auto-ajutor pe care o citise, ea a început să se întrebe dacă fusese molestată în copilărie și acum începea să aibă vise tulburătoare. Era foarte supărată. Am suspectat faptul că simptomele ei ar putea avea legătură cu modificările provocate de perimenopauză. Ea nu se trezea cu bufeuri, însă ceva similar. Deoarece avea încă o menstruație regulată, ea nu se gândise că simptomele ei ar putea avea o cauză hormonală. I-am sugerat să înregistreze ti-

parul apariției incidentelor nocturne și i-am făcut o recomandare către un ginecolog, pentru a realiza teste hormonale. Atât testele, cât și registrul ținut au confirmat faptul că aceste evenimente se întâmplau în mod ciclic, când nivelul de estrogen era cel mai scăzut. Anxietatea ei legată de posibila molestare a dispărut.

O precauție suplimentară: efectele traumelor medicale din copilărie pot fi confundate cu efectele abuzului fizic și sexual. Intervențiile medicale care implică zone genitale sau anale – operații chirurgicale, examinări, tratamentul infecțiilor vaginale sau urinare, termometrele administrate rectal, supozitoarele și clismele – pot fi traumatice pentru unii copii. La vârsta adultă, simptomele somatice le pot imita pe cele ale abuzului sexual. Când evaluăm adulți care au suspiciuni neconfirmate de abuz fizic sau sexual în copilărie, este important să avem în vedere posibilele traume medicale.

Este extrem de important să avem în vedere mai mult decât convingerea clientului sau intuiția terapeutului în ceea ce privește cauza simptomelor. Realizarea unei anamneze atente și complete, precum și menținerea unei doze ridicate de simț practic vor contribui foarte mult la prevenirea unor potențial dăunătoare devieri în direcția greșită.

SEPARAREA TRECUTULUI DE PREZENT

În ultimă instanță, principalul obiectiv al psihoterapiei traumei este reprezentat de reasocierea traumei cu locul ei corect în trecutul clientului. Pentru realizarea acestui lucru, trebuie angrenate procese mnezice explicite, pentru a se fixa contextul evenimentului în timp și spațiu. În mod obișnuit, separarea trecutului de prezent constituie un rezultat automat al oricărei terapii a traumei realizate bine; aceasta nu trebuie să fie abordată în mod direct. Exemplul următor constituie o

excepție. Acesta este inclus aici pentru a sublinia importanța recunoașterii faptului că trauma este încheiată, trecută, terminată și că i s-a supraviețuit. În acest exemplu neobișnuit, acest mesaj a avut efect într-o singură intervenție. Acest lucru este improbabil să aibă loc în cursul normal al terapiei traumei, cu toate că ne dorim acest lucru.

Fiind de regulă anxioasă într-un grup, Dorte a intrat în panică în timpul unui exercițiu realizat într-un workshop (inima îi bătea foarte repede, avea gura uscată și transpirații reci). I-a apărut o amintire, prin simpla acordare de atenție conștienței sale corporale. Când era copil, Dorte a fost prinsă de un grup de alți tineri, care au râs de ea și au ținut-o cu forța. Ea fusese foarte speriată. Continua să îmi repete „Nu puteam să scap, nu puteam să scap". De fiecare dată când repeta acest lucru îi creștea hiperexcitarea, după cum observam eu și după cum menționa și ea. Încercând să evit această creștere, am comentat „Dar tu ai scăpat. Știu *că ai scăpat". Simptomele i-au continuat și ea a devenit confuză. Am întrebat-o dacă dorea să știe cum de știam că a scăpat. A dat din cap cu putere în semn că da, dorea. Arătând spre locul în care ea stătea, i-am răspuns simplu „Știu că ai scăpat pentru că te afli* aici". *„Oh!", a răspuns ea – și aproape că puteam vedea cum i se aprinde beculețul în minte. A înțeles imediat că nu ar fi putut să stea în fața mea dacă nu ar fi scăpat într-adevăr. Simptomele ei de panică au dispărut odată cu acea revelație și nu au mai revenit. Încă nu era încântată să fie în grupuri, însă anxietatea ei extremă a scăzut considerabil în urma acelei intervenții.*

Separarea trecutului de prezent poate de asemenea să fie realizată la un nivel corporal. Uneori o intervenție simplă precum încurajarea clientului să miște un deget sau o mână, sau doar să se ridice și să meargă în timpul lucrului cu o amintire traumatică va ajuta la întărirea realității de aici și acum, că

trauma nu se mai întâmplă încă: nu puteam să mă mișc atunci, însă acum pot.

ABORDAREA ÎN PRIMUL RÂND A CONSECINȚELOR TRAUMEI

Considerarea unui incident traumatic singular drept un eveniment unic reprezintă o greșeală. Fiecare eveniment traumatic este compus din trei etape diferite, fiecare dintre ele putând crește sau descrește impactul fundamental al traumei. Cele trei etape sunt: (1) circumstanțele care conduc la incidentul traumatic, (2) incidentul traumatic în sine și (3) circumstanțele care urmează incidentului, atât pe termen scurt (minute și ore), cât și pe termen lung (zile, săptămâni, luni).

înainte de traumă → evenimentul traumatic efectiv → după traumă

Perioada de după un eveniment traumatic este critică. Calitatea contactului și a ajutorului pe care victima le primește poate influența într-o mare măsură urmările resimțite. Din acest motiv, de multe ori, este recomandabil să fie rezolvate mai întâi problemele care au urmat după un incident traumatic, înainte de a se încerca abordarea incidentului în sine. Uneori, ceea ce se întâmplă după incident este mai devastator din punct de vedere emoțional decât incidentul în sine. Imaginați-vă, de exemplu, efectele potențiale pentru victimele traumelor din următoarele scenarii:

1. Două femei cu medii de viață și personalități asemănătoare sunt rănite în mod similar în același tip de accident de mașină.

Soțul femeii A sosește la spital tulburat în mod vizibil, îngrijorat în legătură cu starea soției sale. O întâmpină cu căldură și cu o îngrijorare evidentă.

Soțul femeii B sosește la spital furios. El este îngrijorat în legătură cu starea noii lui mașini scumpe. Își întâmpină soția acuzator.

2. Doi veterani de război care de asemenea provin din medii de viață și au personalități asemănătoare, aparțin aceleiași unități de luptă. Ei sunt amândoi lăsați la vatră în urma unor răni obținute în aceeași ofensivă.

În comunitatea sa, A este primit ca un erou. Toată lumea este preocupată de rănile sale. I se acordă ajutor pentru a se pune pe picioare.

B, pe de altă parte, este întâmpinat de către prietenii săi cu dispreț față de acțiunile sale violente. Familia lui nu mai are răbdare, deoarece recuperarea sa pare lentă. Nu i se acordă ajutor să se reabiliteze în comunitate.

Nu este nevoie de un studiu științific pentru a specula faptul că, având în vedere că toate celelalte variabile sunt egale, probabil că personajelor A din scenariile de mai sus le va merge mai bine decât celor B. Așa cum uneori un tsunami urmează după un cutremur, consecințele negative ale unei traume pot provoca un rău chiar mai mare.

Indiferent de metoda terapeutică, alegerea părții unui incident traumatic care să fie abordată mai întâi poate fi critică pentru cursul și rezultatul terapiei. Abordarea lucrului direct cu amintirile traumatice este întotdeauna dificilă. Când se începe de la începutul evenimentului, încărcătura poate fi insurmontabilă.

înainte de traumă → evenimentul traumatic efectiv + după traumă

Dacă se începe cu începutul, atunci trebuie făcut față la tot.

Unul dintre aspectele inteligente ale abordării mai întâi a circumstanțelor care au urmat traumei este acela că reduce în mod considerabil încărcătura momentului în care incidentul va fi efectiv abordat. Când se abordează ulterior incidentul concret, trebuie luptat doar cu acesta:

înainte de traumă → evenimentul traumatic efectiv || ~~după traumă~~

În plus, când se începe cu sfârșitul, clientul ajunge să se confrunte cu cea mai rea parte a evenimentului traumatic având siguranța faptului că acesta s-a încheiat cu adevărat, iar el a supraviețuit.

Cazul următor exemplifică aceste argumente:

Ruth este o femeie din Europa de Vest, de aproximativ 35 de ani, care a fost violată când avea 19 ani, în timpul unei vacanțe petrecute într-o țară din Orientul Mijlociu. Ea este asistent social pentru imigranți și vine adesea în contact cu refugiați din Orientul Mijlociu. A venit la psihoterapie după ce a observat că în lunile anterioare a devenit din ce în ce mai anxioasă la slujbă, ceea ce începea să îi influențeze capacitatea de a-și mai face munca. Avea flashback-uri ale violului din ce în ce mai dese, dificultăți de concentrare și coșmaruri periodice.*

Am început psihoterapia prin realizarea unei anamneze atente. Pe măsură ce discutam situația ei trecută și cea prezentă, a devenit clar că anxietatea ei actuală fusese declanșată după ce, cu câteva luni în urmă, fusese amenințată de către unul dintre clienții ei din Orientul Mijlociu. Atunci nu acordase prea mare atenție incidentului, însă acum putea vedea legătura. Ea era un client de Tipul I, fără a avea un alt incident de atac sexual sau vreun alt tip de traumă în istoria sa personală. Am discutat despre situația sa de la muncă și Ruth a fost de acord ca pentru moment să nu mai lucreze cu clienții potențial violenți – deja primea sprijin de la colegii ei în acest sens. Încă de la începutul terapiei, Ruth a subliniat circumstanțele violului. Ea călătorise cu un grup de prieteni, însă într-o zi a decis să plece de una singură cu un tânăr arab politicos, Abdul, care s-a oferit să-i arate orașul. Nimeni nu a acordat prea mare atenție acestui lucru. Abdul știa multe lucruri și i-a arătat multe locuri pe care altfel nu le-ar fi văzut. Spre sfârșitul zilei ei s-au întâlnit cu unul dintre prietenii lui Abdul și s-au dus toți la apartamentului lui Abdul. Când s-a făcut noapte, Abdul i-a spus că o să facă sex cu ea, dar că nu îi va permite prietenului său să facă același lucru, pentru că el era „îndrăgostit de ea". Ea a protestat și a cerut să fie dusă înapoi la

* Acest studiu de caz este extras și comprimat dintr-un articol publicat anterior (Rothschild, 1996/7, 1997).

hotelul unde stătea. Abdul a amenințat-o că dacă nu îi va permite lui, atunci ambii *vor face sex cu ea. Atunci Ruth nu a mai simțit nimic în corp. A doua zi dimineață, Abdul a condus-o înapoi la hotel, oprindu-se pe drum pentru a-i cumpăra micul dejun. Când au ajuns, prietenii ei și-au exprimat îngrijorarea pentru lipsa ei, dar Ruth era atât de jenată și de rușinată de ceea ce i se întâmplase încât le-a spus că își petrecuse noaptea dansând.*

Ajunsă acasă, o infecție vaginală a obligat-o pe Ruth să caute tratament medical. Un ginecolog a fost prima persoană căreia i-a spus despre viol. Reacția lui a fost rece și clinică, cu o tentă de interes sexual care i-a amplificat sentimentul de rușine. În cele din urmă, i-a spus unuia dintre prietenii care călătorise cu ea. Își amintea că se simțea rușinată și că îi era teamă de a fi judecată. Cu toate acestea, prietenul a fost plin de compasiune, părându-i foarte rău pentru ceea ce i se întâmplase. Ruth s-a simțit ușurată de faptul că spusese cuiva până la urmă.

După câteva ședințe, la începutul terapiei, am decis să analizăm situația care a urmat imediat după violul efectiv. Atunci au devenit din ce în ce mai clare legăturile cu incapacitatea ei de a acționa împotriva atacatorului sau de a căuta ajutor.

Când Ruth și Abdul au plecat din apartamentul acestuia în dimineața următoare, Ruth a simțit că trebuia să se poarte drăguț cu el. Ea nu știa unde se afla sau cum să ajungă la hotelul ei. Nu vorbea limba. Ea a simțit că depindea de Abdul pentru a ajunge înapoi în siguranță – siguranța ei depindea de omul care o violase! Prin urmare l-a lăsat să o țină de mâna dreaptă. După cum își amintea, își putea simți încordarea din acea mână și impulsul de a o retrage. Când Ruth și Abdul se apropiau de prietenii ei, ea a avut imboldul de a țipa „Sunați poliția! M-a violat!", însă și l-a suprimat, încordându-și gâtul; se temea de reacția mulțimii.

Deoarece Ruth avea în viața ei actuală o prietenă din Orientul Mijlociu, i-am sugerat să o întrebe despre atitudinile culturale implicate în această situație. Ruth a primit multe observații pertinente de la prietena sa și a realizat că o mulțime din Orientul Mijlociu ar fi considerat-o pe Ruth, o tânără femeie europeană care acuza de viol un bărbat local, ca fiind o stricată. În cel mai bun caz ar fi ignorat-o; în cel mai rău, ar fi acuzat-o și ar fi bătut-o. Prietena ei era sigură că poliția nu ar fi luat în serios situația respectivă. Ar

fi putut chiar să o aresteze pe Ruth, în schimb. Această înțelegere culturală a fost esențială pentru alinarea vinovăției lui Ruth de a nu fi căutat ajutor sau retribuție.

Întorcându-ne la amintiri, i-am cerut lui Ruth să simtă în propriul corp ceea ce a trebuit să facă pentru a se determina să țină mâna violatorului și să nu țipe: a fost o faptă curajoasă și dificilă. Ea a trebuit să își încordeze brațul în timp ce își relaxa mâna, să își încordeze gâtul, să nu fugă etc. În același timp, am încurajat-o să se gândească la cât de deșteaptă fusese – cum cel mai probabil se salvase de la o lezare adițională, de la rușine și suferință în plus, controlându-se în acest mod.

Acum Ruth a devenit furioasă pe violator și pe modul în care acesta o păcălise. Anterior ea fusese furioasă doar pe sine însăși. Era capabilă să își separe propria responsabilitate de a lui, realizând că el era cel care greșise. (Ea știa – și mai trebuia să lucrăm în continuare asupra acestui lucru – că era ceva în neregulă cu modul ei de gândire, din moment ce intrase în acea situație. Însă în acel moment a realizat că responsabilitatea pentru violul în sine îi aparținea în mod clar lui Abdul.) Ruth spusese foarte clar „NU!" avansurilor sale sexuale. Atunci, pentru prima dată de la incident, Ruth și-a amintit că Abdul a încercat să o strangulează când ea s-a opus.

Acesta a reprezentat un pas important în terapie. Era esențial să se atribuie vina. Mulți supraviețuitori ai traumelor sunt mult prea pregătiți pentru a prelua toată vina și mulți terapeuți se grăbesc prea mult să atribuie toată vina atacatorului. Pentru ca un client să își redobândească puterea și sănătatea mentală, adevărul despre vină trebuie clarificat. Un violator este responsabil pentru un viol. Punct. Iar victima violului trebuie să fie dispusă să analizeze modul în care a ajuns în acea situație – nu pentru a se simți vinovată, ci pentru a putea preveni întâmplarea aceluiași lucru în viitor.

Ruth și-a exprimat furia și a țipat că nu era corect că Abdul scăpase liber și ea suferise în toți acești ani. I-am sugerat să își permită o fantazare a ceea ce i-ar fi plăcut să se întâmple. A fost foarte rapidă și clară: el ar fi trebuit să fie prins, judecat și castrat. „Bărbații care nu-și pot gestiona hormonii sexuali nu ar trebui lăsați să-i aibă." Era sigură că nu îl vroia omorât și nu dorea ca el să sufere, ci doar să fie privat de hormonii pe care ea îi privea ca fiind cauza a ceea ce el făcuse.

Ruth se simțea diferit acum. Pentru prima dată de la viol nu se simțea rușinată că fusese violată. În schimb se simțea furioasă pe violator.

Aceasta a reprezentat transformarea esențială în psihoterapia lui Ruth. Restul a fost mult mai ușor. Când a lucrat asupra violului în sine, Ruth nu a fost copleșită de rușine și de dubii legate de cine era de vină. Și când a început analiza modului în care intrase în acea situație, rușinea violului în sine era separată de vina sa de a nu fi fost mai precaută.

CONECTAREA CONȚINUTULUI IMPLICIT CU CEL EXPLICIT

Când TSPT scindează mintea și corpul, imaginile, emoțiile, senzațiile somatice și comportamentele amintite în mod implicit devin deconectate de faptele și semnificațiile despre evenimentul sau evenimentele traumatice stocate în mod explicit – fie că acestea sunt amintite conștient sau nu. Vindecarea traumei necesită o conectare a tuturor aspectelor unui eveniment traumatic. Conținutul implicit și cel explicit trebuie să fie conectate pentru a se crea o istorie coerentă a acelor evenimente, precum și pentru a le localiza în spațiul potrivit în trecutul clientului. Acordarea unui sens senzațiilor, emoțiilor și comportamentelor codificate implicit în contextul memoriei traumatice reprezintă o parte esențială a acestui proces. Instrumentele pentru realizarea acestei conexiuni pot fi găsite atât în psihoterapie, cât și în somato-psihoterapie. Este necesar să se abordeze ceea ce se întâmplă în corp și este la fel de necesar să se utilizeze cuvintele pentru a se înțelege și a se descrie experiența. Ideea principală este aceea că clienții au nevoie să fie ajutați să gândească și să simtă în mod simultan – adică să își poată simți senzațiile, emoțiile și comportamentele în timp ce formulează concluzii coerente despre relația dintre

acestea și imaginile și gândurile care le acompaniază. În final se va forma o povestire coerentă a incidentului traumatic, iar evenimentul va ajunge să își ocupe locul corect în trecutul clientului.

Cele două ședințe terapeutice prezentate mai jos exemplifică integrarea care este posibilă în psihoterapia traumei când sunt incluse ambele dimensiuni – minte și corp. La fel ca mai înainte, psihoterapeuții sunt încurajați să se gândească la elementele care le-ar putea îmbunătăți propriul stil de lucru.

GAIL, PARTEA A II-A

Prima ședință de psihoterapie a lui Gail pentru a rezolva un accident de mașină anterior a fost descrisă la sfârșitul Capitolului VI. Ceea ce urmează reprezintă reproducerea unei ședințe ulterioare.

T: Ce vrei să lucrezi astăzi?
G: Cineva m-a întrebat recent cum am dobândit cicatricile de pe braț și acest lucru m-a făcut să mă simt amețită și îngrețoșată. Mi-a apărut o imagine foarte clară de la sfârșitul accidentului, când mașina se oprise din rostogolit și am privit în jos și am văzut că aveam brațul stâng rupt.
T: Ce simți în corp în timp ce vorbești despre asta acum?
G: Puțin anxioasă aici (ea arată către burta sa) și un sentiment ciudat în maxilar, un tremur ușor.
T: Cum e distanța dintre noi?
(Mi-am amintit tendința ei de disociere.)
G: (Ea zâmbește.) E în regulă.
T: Spune-mi ce îți amintești despre ancora ta.
(Este important să reverificăm ancora în fiecare ședință. Uneori aceasta trebuie schimbată sau modificată.)
G: Este un loc lângă casa prietenei mele, într-o vale frumos împădurită, cu un râu puțin adânc și limpede ca cristalul; poți vedea pietrele de pe fund. Acolo este o anumită piatră de granit pe care îmi place să stau.

T: Ce simți în corp acum?
G: Stomacul mi-e mai destins și umerii mi s-au lăsat, mâinile îmi sunt uscate.
(Semnele parasimpatice marchează faptul că sistemul nervos este relaxat; este în siguranță să continuăm.)
T: Atunci hai să ne apucăm de treabă. Bine?
G: Bine.
T: De unde vrei să începem?
(Oferirea de control clientului.)
G: Vreau să îți spun ce s-a întâmplat când mașina s-a oprit din mișcare. Atunci a fost pentru prima dată când am realizat că eram încă aici, încă în viață. Am privit în jos și am văzut că antebrațul îmi era îndoit [rupt] și l-am îndreptat. A fost ca și cum nu puteam să suport că era îndoit așa.
T: Ce simți când vorbești despre acest lucru?
G: Nimic, nici un sentiment, dar undeva în mine știu că a fost foarte înfricoșător.
T: Cum e acest lucru, să știi că a fost înfricoșător, dar să nu simți asta?
(Gail și-a disociat frica. Vreau să știu cum privește această incongruență. Un client nu ar trebui să fie împins să simtă sentimente disociate.)
G: Este ciudat. Nu-mi place. Vreau să conectez aceste două lucruri.
T: Care două lucruri?
G: A mă simți înspăimântată în legătură cu brațul meu.
T: Să nu presupui că aceasta trebuie să fie o sperietură MARE.
(Gail se teme să își simtă frica și eu nu doresc să și-o imagineze mai mare decât este. Uneori emoțiile sunt disociate din cauza temerii că ele vor fi copleșitoare. Clienții traumatizați se așteaptă de obicei la exprimări emoționale dramatice. Adevărul este că uneori acestea sunt foarte subtile.)
T: Ce simți în corp chiar acum?
G: Îmi simt umărul mai mult.
T: Pare că te miști. Așa e?
G: Mă răsucesc către dreapta.
T: Vrei să urmărești mișcarea asta? Vezi dacă poți să continui acest impuls. Doar urmează-l. (Ea se răsucește mai mult către dreapta ei.) Ce se întâmplă când faci asta?

G: Îmi amintesc că vroiam să îmi înfășor brațele în jurul prietenului meu și să îl simt acolo, însă el era inconștient. (Începe să vorbească mai repede și tonul vocii i se ridică.) Apoi un polițist a venit la geamul meu și am țipat „Scoate-mă de aici!" Mi-era teamă că o să explodeze mașina. Și...

T: Stai. Stai mai încet. Spune-mi ce simți chiar acum.

(Începe să fie furată de povestire. Trebuie să frânăm procesul, pentru a preveni copleșirea sau retraumatizarea.)

G: Simt că tremur oarecum, că îmi vine să plâng.

T: Știi ce emoție este aceasta?

(În acest punct nu îmi doresc ca ea să se afunde în emoție. Este prea nesigură pentru a face acest lucru. Vreau ca ea să știe ce este înainte de a o simți intens, astfel încât să îi fie mai familiară și poate mai gestionabilă.)

G: Înfricoșată. Și puțin, nu găsesc cuvântul, ca și cum ceva ar trebui să fie rezolvat chiar acum – urgent.

T: Cum se simte asta în corp?

G: Tremurat. Și am impulsul de a mă ridica, de a mă mișca.

(Multe sentimente și senzații sunt reamintite simultan.)

T: Urmează-ți impulsul.

G: Nu simt că pot. Ceea ce vreau să fac este să îți spun cum acel polițist nu mă lăsa să fac asta. Nu mă lăsa să mă ridic și să ies. Făcea toate lucrurile corect. A spus: „Stai. Poți să îți simți tălpile? Îți poți simți picioarele? Ai vreo durere în spate?" Însă eu continuam să spun: „Eu vreau doar să ies de aici. Sunt bine. Scoate-mă de aici!" Însă el mă făcea să trec prin toate lucrurile acestea.

T: Știi de ce făcea asta?

(Testarea realității.)

G: Vroia să se asigure că nu am o leziune la coloana vertebrală. Dar eu știam că nu am. Eu deja verificasem acest lucru, eu însămi. Făcusem măcar atât!! Deja făcusem asta și vroiam doar să ies de acolo.

T: Ce simți acum?

G: Furie. Vreau să spun: „Taci din gură! Eu știu că este sigur să mă miști, scoate-mă de aici."

T: Îți aduci aminte și/sau știi cât de mult a durat de când a ajuns la tine până când te-a ajutat să ieși din mașină.

(O altă testare a realității. În acel moment probabil că i s-a părut o eternitate.)

G: Nu cred că a durat foarte mult.

T: Ce simți în corp chiar acum?

G: Puțin mai calmă. Simt un tremur ușor în picioare.

(Adesea tremurul acompaniază o eliberare de frică, însă nu este momentul să ne concentrăm asupra acestui lucru încă, deoarece ea nu este foarte conectată cu aceasta.)

T: Ce se întâmplă cu mâinile și cu brațele tale?

G: (Privește în jos.) Mâna mea dreaptă o ține pe cea stângă. Asta am făcut atunci: mi-am sprijinit brațul fracturat.

(Indicii vizuali și nervii kinestezici ajută corpul să își aducă aminte o postură esențială pentru amintirea lui Gail despre traumă.)

T: Cum se simte acest lucru?

G: Pot să simt ceva în gât, dar nu știu ce este.

T: Cum este distanța dintre noi două?

G: Este în regulă.

T: Simți că este în regulă să continuăm? Îmi dau seama că nu te direcționez către ancoră, dar se pare că acest nivel de excitare este tolerabil pentru tine.

(Verific să văd dacă se disociază. Se întâmplă multe lucruri și ea nu pare foarte hiperexcitată. De obicei, când emoțiile sunt integrate, se întâmplă să se reducă hiperexcitarea, însă este bine să se verifice acest lucru.)

G: Da, este în regulă.

T: Ce conștientizezi în legătură cu brațele tale?

G: Nu vreau să îmi îndepărtez brațul drept de cel stâng [rupt].

T: Pari că nu îți privești brațul stâng. Așa este?

G: Da. Nu vreau să fac asta, însă este ceva acolo.

T: Nu ești obligată.

G: Este în regulă, o să o fac.

T: Nu o face încă. Când o să o faci, îți sugerez să arunci câte o privire scurtă. Aruncă o privire și vezi ce se întâmplă.

(Un pas mic, controlat.)

G: (Aruncă o privire rapidă.)

T: Ce s-a întâmplat?

G: Am simțit cum îmi trece un frison prin corp.

T: Prin tot corpul?

G: Da. Se simte ca: oohhhh, a fost oribil. (Frisonul se accentuează.)
T: Lasă acest tremur să se întâmple.
(Acum există o legătură mai mare cu frica și o șansă mai mare de integrare.)
G: Mă simt cam rău.
T: Vezi dacă este în regulă să rămâi cu tremurul și cu senzația de rău un minut sau mai mult. (Ea face acest lucru și tremurul se diminuează.)
T: Cum te simți?
G: Mai calmă, dar încă un pic rău.
T: Nu crezi că este o reacție normală? Când o persoană își vede un membru fracturat într-o poziție nefirească, are o mică senzație de rău.
G: Oh, da! Arăta îngrozitor. Uuuuh. (Mai mult tremur.)
T: Cum simți tremuratul?
G: Se simte chiar bine, de fapt.
(Ea integrează această amintire: imagini, senzații și sentimente.)
T: Nu îl accentua sau diminua, lasă-l să fie. Ce se întâmplă cu senzația de rău când tremuri în felul acesta? Se amplifică sau se diminuează?
G: Se diminuează.
T: Cum e distanța dintre noi?
G: Bună.
T: Aceeași?
G: Doar o mică retragere înapoi.
(O disociere ușoară. E timpul să încetinim procesul și să utilizăm ancora.)
T: Hai să luăm o mică pauză.
G: (Râde ușurată.)
T: Ce tipuri de copaci există în locul tău?
G: Stejar.
T: Stejarul este tipul acela de copac care are acele mici elicoptere care cad învârtindu-se?
G: Nu, acela este arțarul. Stejarul are ghinde!
T: Oh, da, așa e. (Râdem amândouă.)
(Râsul reprezintă un remediu grozav pentru hiperexcitare și disociere.)

T: De obicei te afli acolo când sunt frunze în copaci sau nu?
G: Am fost acolo în ambele situații.
T: În toate anotimpurile? Ai fost acolo și când și-au schimbat frunzele culoarea?
G: Da.
T: De ce ești conștientă în corp?
G: Ușurare. Mai puțină încordare.
T: Ai mers vreodată cu tălpile goale prin pârâu?
(Asociez diverse senzații legate de ancoră.)
G: Oh, da! Tot timpul. Ei bine, nu tot timpul. Chiar și iarna, doar ca să-mi umezesc degetele de la picioare.
T: Cum se simte asta?
G: Este extraordinar de purificator. Și foarte rece. Dar chiar poate să cureță orice. (Ea oftează profund.)
T: Poți să simți cum respiri?
G: Da.
T: Dorești să rămâi acolo pentru o vreme sau este timpul să te întorci?
G: Să stau puțin. Simt o piatră sub mine.
(Clientul preia controlul.)
T: Ce altceva?
G: Pot să aud sunetul apei care curge în jurul meu.
T: Ai arătat vreodată piatra ta vreunui prieten?
G: Nu pe aceasta. Altele, da. Însă aceasta este specială pentru mine. Acum sunt pregătită să mă întorc.
(Cu cât clientul este mai mult în control, cu atât capătă mai mult curaj pentru a se confrunta cu trecutul înfricoșător.)
T: Când te gândești la brațul tău, ce simți în corp?
G: Simt că mă înclin către dreapta și că evit să îl văd.
T: Poți să descrii asta mai mult?
G: Mda. Este ciudat. Simt că dacă m-aș înclina către stânga, aș deveni foarte emotivă.
T: Și când te apleci către dreapta?
G: Acolo nu simt nimic, ca atunci când am gândit: „Nu o să las pe nimeni să mă vadă în starea asta", și mi-am îndreptat brațul. Și am fost „în regulă" de atunci.
T: Și când ți-ai mișcat brațul în acea stare, cum ai simțit acest lucru?

G: În nici un fel. Nici o durere. Nici un sentiment. Complet amorțită.
T: Deci te-ai disociat parțial pentru a realiza o sarcină importantă.
(Recunoașterea resursei în mecanismul de apărare.)
G: Da. Mi-era teamă că osul o să-mi sfâșie pielea dacă era lăsat așa când eram mișcată. Însă doctorilor nu le-a convenit că făcusem asta.
T: Ai făcut tot ce ai putut pentru a te proteja. Pentru a realiza acest lucru a trebuit să faci un fel de clivaj intern, care pare a fi spre dreapta ta.
G: Da, și în spate. Cu siguranță este în spate.
T: Spre dreapta și în spate. Te poți simți în acel loc acum?
G: Într-un fel, însă nu am intrat cu totul în el. Oscilez în mijloc.
T: Sunt foarte atentă la mâinile tale. Conștientizezi ceva în legătură cu mâinile tale?
G: Ele tremură.
T: *Ele*?
G: Ei bine, de fapt îmi tremură stânga, nu și dreapta.
T: Exact.
G: Este ca și cum cea stângă ar ține frica.
T: Iar cea dreaptă?
G: Este ca și cum cea dreaptă ar fi mai sigură „Pot să gestionez asta".
(Mâinile dreapta și stânga reprezintă disocierea dreapta - stânga care are loc între a simți și amorțire.)
T: O să îți sugerez să conștientizezi ambele mâini în același timp. Poți să faci acest lucru?
G: Da.
T: Bine. Conștientizează-le pe amândouă în timp ce le apropii din ce în ce mai mult, *foarte* încet.
(Mișcarea simbolizează integrarea părților ei, cea amorțită și cea care simte.)
G: (Tremură în timp ce face acest lucru.)
T: Îți simți tremuratul?
G: Da. (Ea continuă încet.)
T: Ce se întâmplă?
G: Mă simt furioasă. Este ceva legat de faptul că eu am grijă de mine și alții nu. Precum faptul că mi-am îndreptat brațul și m-am făcut singură bine.

T: Ce se întâmplă cu ochii tăi?
G: Încep să plâng, devin tristă.
T: Știi din ce motiv?
(Poate ea să își înțeleagă senzațiile și sentimentele – să gândească în timp ce simte?)
G: Nu a fost faptul că nu au avut grijă de mine. Eu nu îi *lăsam* să aibă grijă de mine. Continuam să spun tuturor că eram în regulă.
T: Acesta era adevărul?
G: Despre ceea ce am făcut sau despre cum mă simțeam?
T: Despre cum te simțeai.
G: Mă simțeam foarte speriată. (Ea începe să plângă și vocea îi devine mai înceată și tonul îi crește cu o octavă.) Mașina a ieșit de sub control și s-a rostogolit iar și iar...
(Ea integrează imaginea accidentului cu emoția disociată.)
T: ... și tu erai foarte speriată...
G: ...și eu eram foarte speriată. Era ca și cum m-aș fi rostogolit cu încetinitorul și a părut că a durat ore întregi și nu știam unde o să aterizeze.
T: ...și erai foarte speriată...
(O încurajez să rămână conectată cu frica în timp ce își amintește. Un pas important în vindecarea traumei are loc când clientul se simte suficient de sigur în prezent pentru a simți frica disociată anterior.)
G: ...și eram foarte speriată. Am fost *foarte* speriată!
T: Te simți așa acum?
G: Da. (Tremură.)
T: Pot să văd acest lucru. Lasă tremuratul să aibă loc.
(Cu o mai mare conectare cu frica, tremuratul va fi mai eficient în descărcarea acesteia.)
G: Și...
T: Mai încet. Vezi dacă este în regulă să păstrezi sentimentul în corp puțin mai mult timp. (G tremură puțin mai mult.)
G: Simt că încep să devin furioasă acum. Vreau să îți spun despre acest lucru. Ceea ce a fost cel mai nefolositor a fost ceea ce a spus polițistul. A venit și primul lucru care i-a ieșit pe gură a fost: (vocea lui G devine mai puternică) „Uau, când am ajuns și am văzut această mașină, am crezut că o să adun doar bucăți!" Și (vocea ei devine chiar mai tare, plină de lacrimi) NU AVEAM NEVOIE SĂ AUD ASTA!

T: Asta te-a speriat și mai mult.
G: Da! Eu chiar, chiar nu aveam nevoie să aud asta!
T: Vezi dacă poți rămâne conectată cu furia și în același timp să simți cât de mult te-au speriat cuvintele lui.
G: Nu. Nu o să simt cât de mult m-au speriat.
T: Bine. Ce simți în corp chiar acum?
G: Stau bine pe scaun. Un pic distanțată, totuși.
T: Știi din ce motiv?
G: Cred că pentru că nu vreau să simt acea frică.
T: Ai spus vreodată cuiva cât de speriată ai fost?
G: Nu, eu am fost „bine". Le-am spus tuturor cât de norocoasă am fost că am supraviețuit. Nu am spus nimănui niciodată că am fost speriată.
T: Ai putea să spui cuiva, acum?
G: Ar putea fi dificil. Poate celei mai bune prietene.
T: Îți poți imagina că-i spui?
G: Știu că *aș putea* să-i spun, însă nu știu dacă aș putea *simți* ceva.
T: Ai vrea să încerci?
G: Da.
T: Știi de ce îți sugerez acest lucru?
(Acesta nu este un joc de ghicit. Vreau să știu dacă gândește și dacă este capabilă să îmi urmărească motivația. Dacă nu știe, o să îi spun.)
G: Pentru că nu am avut nici un contact sau sprijin în legătură cu asta.
T: Exact. Se pare că ai fost foarte singură cu acea frică.
G: Da, am fost.
T: Bine, ești pregătită?
G: Da, aș vrea.
T: Deci, în mintea ta, imaginează-ți că ești împreună cu prietena ta. Unde v-ați afla?
G: În bucătăria mea. Doar îmi imaginez și simt că tremur puțin.
T: Lasă pur și simplu să se întâmple asta. (Face acest lucru și de asemenea plânge o perioadă de timp. Apoi lacrimile și tremuratul încetează.) Ce vrei să îi spui prietenei tale?
G: (Cu multă emoție) Am fost *atât de* speriată. Am crezut că o să mor. Apoi un polițist prost vine și îmi spune cum a crezut el că eu eram moartă! M-am înfuriat atât de mult. Ce lucru prostesc de spus!

T: Nu ai murit, dar erai foarte speriată.
G: Acesta pare un lucru bun de menționat! (Râde) Și nu! Nu am murit. De fapt nici nu am fost chiar așa de rănită.
T: Însă îți era teamă că vei muri.
G: Fizic, nu eram foarte rănită. Însă eram extrem de speriată că am să mor!
T: Ce simți în corp?
G: Mă simt foarte trează. Mai calmă. Și inima nu îmi mai bate atât de repede.
T: Crezi că ai putea într-adevăr să îi spui prietenei tale?
G: Da. De fapt, vreau sa fac asta. Cred că o să o sun când ajung acasă.
(Realizarea unei legături între terapie și viața de zi cu zi a clientului este foarte importantă. Dacă terapia nu este relevantă pentru funcționarea curentă, atunci aceasta nu este prea importantă.)
T: Ce simți în corp chiar acum?
G: Mă simt într-adevăr foarte calmă.
T: Dacă se poate, aș vrea să încerci să îți privești din nou brațul stâng.
(G își privește brațul.) Ce se întâmplă?
(Verific să văd cât de mult a fost integrat și eliberat.)
G: Mă simt puțin tristă văzând aceste cicatrici, însă nu mă simt rău sau speriată.
T: Știi din ce motiv a apărut tristețea?
G: Îmi pare pur și simplu rău că mi-am rănit brațul și că nu am spus nimănui că mi-a fost frică.
T: Pot să înțeleg bine acest lucru. Simți că este în regulă să ne oprim aici?
G: Da, e bine.

Pornind de la un declanșator traumatic, de la cicatricile de pe brațul său, Gail a putut să accepte și să integreze cele mai înfricoșătoare evenimente legate de accidentul de mașină. În mod progresiv, ea a acordat o semnificație senzațiilor somatice, emoțiilor și mișcărilor, în contextul apariției imaginilor din memoria vizuală și auditivă. Una dintre cele mai importante realizări a fost recunoașterea a cât de singură a fost atunci și

de atunci cu amintirile sale înfricoșătoare ale acelui accident. Discutarea cu cea mai bună prietenă despre acest lucru va iniția un comportament nou în viața actuală a lui Gail. Să sperăm că data viitoare când se va simți speriată va fi capabilă să spună cuiva. Până la sfârșitul ședinței, Gail a putut să se întoarcă la stimulul original – să își privească brațul – fără nici un fel de hiperexcitare.

CHARLIE ȘI CÂINELE, ULTIMUL EPISOD

Acest caz a fost prezentat pentru prima dată în Capitolul I și a fost utilizat pentru a construi o legătură pe parcursul secțiunii de Teorie. În Capitolul VI, acesta a fost folosit pentru a demonstra cât de simplu poate fi utilizată conștientizarea corporală pentru calmarea unei stări serioase de hiperexcitare. Cazul Charlie și câinele va fi încheiat acum sub forma unui exemplu al importanței conectării conținutului implicit cu cel explicit. În această situație, atât testarea realității, cât și acordarea de atenție impulsurilor somatice își aduc aportul la modificarea reacției față de un declanșator traumatic.

Când Charlie și-a putut simți corpul (și acest lucru l-a ajutat semnificativ să se calmeze – toate semnele de activare simpatică descreșteau, cu excepția gurii uscate), el a fost pregătit să gândească. L-am întrebat: „Ruff seamănă în vreun fel cu câinele care te-a atacat?". Surprins, el a răspuns: „Nu știu, nu am privit-o niciodată pe Ruff". Acest lucru a fost surprinzător pentru toți membrii grupului, deoarece Charlie fusese în apropierea lui Ruff de mai multe ori pe parcursul ultimilor doi ani. Cu toate acestea, Charlie reușise să o evite complet pe Ruff. El devenea foarte anxios numai la gândul de a o privi pe Ruff. L-am încurajat, sugerându-i să-i arunce doar o privire foarte scurtă printre degete (cum ar face un copil timid). A făcut acest lucru foarte rapid – cu viteza

diafragmei unui aparat foto – doar suficient ca să obțină o imagine rapidă a lui Ruff. În acel moment, Charlie a exclamat cu o mare surprindere: „Dumnezeule! Ruff nu seamănă deloc cu acel câine care m-a atacat!". Realizând acest lucru, s-a calmat considerabil, dispărându-i rigiditatea din corp și descrescându-i și mai mult excitarea simpatică. A fost o reacție foarte impresionantă. Amândoi am așteptat și am privit cum îi dispărea rigiditatea, testându-i din când în când conștiența corporală. Când înțepeneala i-a dispărut complet, picioarele i-au devenit din ce în ce mai neliniștite – erau ușor de observat micile mișcări asemănătoare unor zvâcniri care i-au apărut în coapse și în fluierele picioarelor. I-am atras atenția către aceste mișcări, ceea ce Levine (1992) ar fi numit mișcări intenționale (contracții musculare ușoare care pot indica o intenție comportamentală care nu a fost îndeplinită) și l-am încurajat să le simtă din interior (prin intermediul nervilor interoceptivi, kinestezici). Am suspectat faptul că mișcările se vor dezvolta mai mult dacă aveam răbdare și așa a fost. După câteva minute, Charlie a simțit impulsul să își răsucească picioarele pentru a le îndepărta de locul unde stătuse Ruff. A făcut acest lucru și a menționat, foarte mulțumit: „Pot să mă mișc în felul acesta, dacă Ruff se întoarce. În acest fel nu și-ar mai putea pune capul pe genunchiul meu". Apoi Charlie a descoperit că avea un impuls adițional de a se ridica și de a merge câțiva metri mai departe, ceea ce a și făcut, spunând: „De asemenea, aș putea să mă îndepărtez dacă se întoarce Ruff". (Oricât de evident ar părea, în starea lui Charlie de hiperexcitare nu existate o astfel de opțiune.) În acest punct am verificat din nou conștiența corporală a lui Charlie; toate semnele de hiperexcitare dispăruseră.

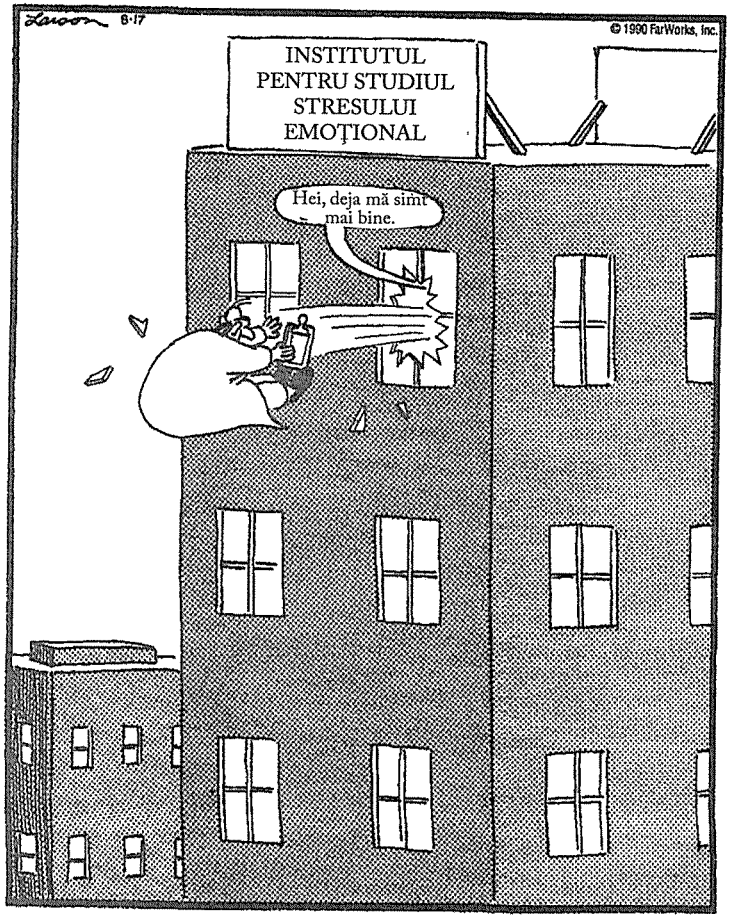
Mai târziu în cadrul workshop-ului, Charlie a avut ocazia să își exerseze noile metode, deoarece Ruff a venit într-adevăr să stea lângă el din nou - de două ori. Prima dată Charlie a putut să se depărteze de Ruff fără să i se declanșeze un flashback, cu toate că a menționat că era puțin anxios. A doua oară, Charlie doar

și-a luat piciorul de lângă Ruff, care s-a așezat în apropiere. De această dată, Charlie nu a mai simțit nici un fel de anxietate. Nu am abordat niciodată detaliile traumei lui Charlie de a fi fost atacat de un câine. În schimb, am facilitat conștientizarea corporală, testarea realității și dezvoltarea unor noi resurse comportamentale. L-am întâlnit pe Charlie la un timp după acel workshop și mi-a comunicat că nu mai încremenea și nu mai avea transpirații reci când vedea câini la ferestre sau chiar când îi întâlnea pe stradă, cu toate că își menținea un nivel ridicat de precauție față de tipul de câine care îl atacase. După câțiva ani l-am văzut pe Charlie din nou și mi-a spus cu mândrie că el și familia sa adoptaseră un câine și îl primiseră în casa lor. Acest lucru constituia apogeul victoriei lui.

Amintirile implicite reprezentate de rigida imobilitate tonică a lui Charlie, de gura lui uscată, de ritmul cardiac accelerat și de senzația capului lui Ruff pe coapsa sa au fost integrate cu amintirea lui explicită, faptică (*„Am fost atacat de un câine"*). Au fost activate procese explicite pentru a identifica realitatea de aici și acum ca fiind separată de trecut (*„Ruff nu seamănă deloc cu câinele care m-a atacat"*). Comportamente noi (răsucirea piciorului într-o parte, ridicarea în picioare și depărtare au fost de asemenea codificate atât în memoria implicită (prin exersare), cât și în cea explicită (prin descrierea și acordarea unei semnificații atât comportamentelor vechi cât și celor noi).

Corpul își amintește evenimentele traumatice prin codificarea în creier a senzațiilor, mișcărilor și emoțiilor care sunt asociate cu trauma. Pentru vindecarea SPT și TSPT este nevoie să se acorde atenție atât lucrurilor care se întâmplă în corp, cât și interpretărilor care sunt făcute în minte. Limbajul unește distanța dintre minte și corp, conectând amintirile explicite și implicite. Memoria somatică devine istorie personală când impactul evenimentelor traumatice este suficient de diminuat ca evenimentele să poată fi în sfârșit poziționate în locul potrivit în trecutul clientului.

PARTEA ÎNDEPĂRTATĂ de Gary Larson



PARTEA ÎNDEPĂRTATĂ © 1990 FARWORKS, INC. Utilizată cu permisiune. Toate drepturile rezervate.

BIBLIOGRAFIE

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington DC: Author.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington DC: Author.

Andrews, B. (1997). Forms of memory recovery among adults in therapy: Preliminary results from an in-depth survey. In J. D. Read & D. S. Lindsay (Eds.), *Recollections of trauma: Scientific evidence and clinical practice* (pp. 455-460). New York: Plenum.

Azar, B. (1998). Why can't this man feel whether or not he's standing up? *APA Monitor,* 29(6), 18- 20.

Bandler, R. , & Grinder, J. (1979). *Frogs into princes.* Moab, UT: Real People.

Bauer, M., Priebe, S., & Graf, K. J. (1994). Psychological and endocrine abnor~alities in refugees from East Germany, part II: Serum levels of cortisol, prolactin, luteinizing hormone, follicle stimulating hormone and testosterone. *Psychiatry Research, 51* , 75-85.

Begley, S. (1999, Spring/Summer). Understanding perimenopause. *Newsweek, Special Issue,* 30-33.

Bloch, G. (1985). *Body and self: Elements of human biology, behavior and health.* Los Altos: William Kaufmann.

Bodynamic Institute Training Program, 1988-1992, Copenhagen, Denmark: Author. Bremner, J. D., Randall, P. K., Scott, T. M., Bronen, R. A., Seibyl, J. P., Southwick, S. M., Delaney, R. C., McCarthy, G., Charney, D. S., & Innis, R. B. (1997). Magnetic resonance imaging-based measurement of hippocampal volume in posttraumatic stress disorder related to childhood physical and sexual abuse: a preliminary report. *Biological Psychiatry, 41* (1), 23-32.

Bremner, J.D., Southwick, S., Brett, E., Fontana, A., Rosenbeck, R., & Charney, D. S. (1992). Dissociation and posttraumatic stress disorder in vietnam combat veterans. *American Journal of Psychiatry, 149,* 328-332.

Breslau, N., Davis, G. C., Andreski, P., & Peterson, E. (1991). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry,* 48(3), 216-222.

Brett, E. A. (1996). The classification of posttraumatic stress disorder. In B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane, & L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic stress* (pp. 117-128). New York: Guilford.

Claparede, E. (1951). Recognition and „me-ness." In D. Rapaport (Ed.), *Organization and pathology of thought* (pp. 58-75). New York: Columbia University Press. (Original work published 1911)

Classen, C., Koopman, C., & Spiegel, D. (1993). Trauma and dissociation. *Bulletin of the Menninger Clinic,* 57(2), 178-194.

Damasio, A. R. (1994). *Descartes' error.* New York: Putnam.

Darwin, C. (1872/1965). *The expression of the emotions in man and animals.* Chicago: University of Chicago Press. (Original work published 1872)

De Bellis, M. D., Keshavan, M. S., Clark, D. B., Casey, B.]., Giedd, *J.* N., Boring, A. M., Frustaci, K., & Ryan, N.D. (1999). Developmental traumatology, part II: Brain development. *Biological Psychiatry,* 45(10), 1271-1284.

Duggal, S., & Sroufe, L. A. (1998). Recovered memory of childhood sexual trauma: A documented case from a longitudinal study. *Journal of Traumatic Stress, 11* (2), 30 l-321.

Eich,]. E. (1980). The cue-dependent nature of state-dependent retrieval. *Memory and Cognition,* 8(2), 157- 173.

Elliott, D. M. (1997). Traumatic events: Prevalence and delayed recall in the general population. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 65(8), 811-820.

Ferenczi, S. (1949). Confusion of tongues between the adult and the child. *International Journal of Psychoanalysis,* 30, 225-230. (Paper originally read at the 12th International

Psychoanalytical Congress, Wiesbaden, September 1932) Gallup, G. G., & Maser,]. D. (1977). Tonic immobility: Evolutionary underpinnings of human catalepsy and catatonia. In M. E. P. Seligman & *J.* D. Maser (Eds.), *Psychopathology: Experimental models* (pp. 334-3 57). San Francisco: W. H. Freeman.

Grafton, S. (1990). „G" *is for gumshoe.* New York: Ballantine.

Goulding, M. M., & Goulding, R. L. (1997). *Changing lives through redecision therapy* (Rev. ed.). New York: Grove.

Gunnar, M. R., & Barr, Ronald G. (1998). Stress, early brain development, and behavior. *Infants and Young Children, 11* (I), 1-14.

Heide, F. J., & Borkovec, T. D. (1984). Relaxation-induced anxiety: Mechanisms and theoretical implications. *Beha"Talamus" on page 257vioral Research and Therapy,* 22(1), 1- 12.

Heide, F. J., & Borkovec, T D. (1983). Relaxation-induced anxiety: Paradoxical anxiety enhancement due to relaxation training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 51(2), 171-182.

Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery.* New York: Basic.

Hovdestad, W. E., & Kristiansen, C. M. (1996). Mind meets body: On the nature of recovered memories of trauma. *Women and Therapy, 19(1),* 31-45.

International Society for Traumatic Stress Studies. (1998). *Childhood trauma remembered: A report on the current scientific knowledge base and its applications.* Northbrook, IL: Author. Jacobsen, R., & Edinger, J. D. (1982). Side effects of relaxation treatment. *American Journal of Psychiatry,* 13(7), 952-95 3.

Janet, P. (1887). L'Anesthesie systematisee et Ia dissociation des phenomemes psychologiques (Systematized anesthesia and the psychological phenomenon of dissociation]. *Revue Philosophique,* 23(1), 449-472.

J0rgensen, S. (1992). Bodynamic analytic work with shock/posttraumatic stress. *Energy and Character,* 23(2), 30-46.

Kulka, R.*A.,* Schlenger, W. E., Fairbank, J.*A.,* Hough, R. L., Jordan, B. K., Marmar, C. R., & Weiss, D. S., (1990). *Trauma and the Vietnam war generation: Report of findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study.* New York: Brunner/Mazel.

LeDoux, J. E. (1996). *The emotional brain.* New York: Simon & Schuster.

Lehrer, P. M., & Woolfolk, R. L. (1993). Specific effects of stress management techniques. In P. M. Lehrer & R. L. Woolfolk (Eds.), *Principles and practice of stress management* (pp. 481-520). New York: Guilford.

Levine, P. (1992). *The body as healer: Transforming trauma and anxiety.* Lyons, *CO:* Author.

Levine, P. (1997). *Waking the tiger.* Berkeley, CA: North Atlantic.

Lindy, J. D., Green, B. L., & Grace, M. (1992). Somatic reenactment in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics,* 57, 180-186.

Loewenstein, R. J. (1993). Dissociation, development and the psychobiology of trauma, *Journal of the American Academy of Psychoanalysis, 21* (4), 581-603.

Malt, U. F., & Weisaeth, L. (1989). Disaster psychiatry and traumatic stress studies in Norway. *Acta Psychiatrica Scandinavia,* 355(Suppl.), 7-12.

Marmar, C. R., Weiss, D. S. , Metzler, T. J., & Delucchi, K. (1996). Characteristics of emergency services personnel related to peritraumatic dissociations during critical incident exposure. *American Journal of Psychiatry,* 153(Festschrift suppl.), 94-102.

Nadel, L. (1994). Multiple memory systems: What and why, an update. In D. L. Schacter & E. Tulving (Eds.), *Memory systems* (pp. 39--63). Cambridge: MIT Press.

Nadel, L., & Jacobs, W. J. (1996). The role of the hippocampus in PTSD, panic, and phobia. In N. Kato (Ed.), *Hippocampus: Functions and clinical relevance* (pp. 455--463). Amsterdam: Elsevier.

Nadel, L., & Zola-Morgan, S. (1984). Infantile amnesia. In M. Moscovitch (Ed.), *Infantile memory* (pp. 145-172). New York: Plenum.

Napier, N. (1996). *Recreating your self: Increasing self-esteem through imaging and selfhypnosis.* New York: Norton.

Nathanson, D. L. (1992). *Shame and pride: Affect, sex, and the birth of the self.* New York: Norton.

Pavlov, I. P. (1960). *Conditioned reflexes.* New York: Dover. (Original work published 1927)

Penfield, W., & Perot, P. (1963). The brain's record of auditory and visual experience. *Brain,* 86, 595-696.

Perls, F. (1942). *Ego, hunger and aggression.* Durban, South Africa: Knox.

Perls, F. (1969). *In and out of the garbage pail.* Moab, UT: Real People.

Perry, B. D., Pollard, R. A., Blakley, T. L., Baker, W. L., & Vigilante, D. (1995). Childhood trauma, the neurobiology of adaptation, and „use-dependent" development of the brain: How „states" become „traits." *Infant Mental Health Journal, 16(* 4), 271-291.

Rauch, S. L., Shin, L. M., Wahlen, P. J. H., & Pitman, R. K. (1998). Neuroimaging and the neuroanatomy of posttraumatic stress disorder. *CNS Spectrums,* 3(7) (Supple. 2), 31-41.

Reus, V I., Weingartner, H., & Post, R. M. (1979). Clinical implications of state-dependent learning. *American Journal of Psychiatry,* 136(7), 927-931.

Rothschild, B. (1993). A shock primer for the bodypsychotherapist. *Energy and Character,* 24(1), 33-38.

Rothschild, B. (1995a). Defining shock and trauma in bodypsychotherapy. *Energy and Character,* 26(2), 61-65.

Rothschild, B. (1995b). *Defense, resource and choice.* Presentation at The 5th European Congress of Body-Psychotherapy, Carry-Le Rouet, France.

Rothschild, B. (1996/97). An annotated trauma case history: Somatic trauma therapy, part I. *Somatics,* 11(1), 48-53.

Rothschild, B. (1997). An annotated trauma case history: Somatic trauma therapy, part II. *Somatics,* 11(2), 44-49.

Rothschild, B. (1999). Making trauma therapy safe. *Self and Society,* 27(2), 17-23.

Sapolsky, R. (1994). *Why zebras don't get ulcers.* New York: W. H. Freeman.

Schacter, D. (1996). *Searchingformemory.* New York: Basic.

Schore, A. (1994). *Affect regulation and the origin of the self.* Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Schore, A. (1996). The experience-dependent maturation of a regulatory system in the orbital prefrontal cortex and the origin of developmental psychopathology. *Development and Psychopathology,* 8, 59-87.

Schuff, N., Marmar, C. R., Weiss, D. S., Neylan, T., Schoenfeld, F. B., Fein, G., & Weiner, M. W. (1997). Reduced hippocampal volume and n-acetyl aspartate in posttraumatic stress disorder. *Annals of the New York Academy of Sciences,* 821, 516-520.

Scott, M. *J.,* & Stradling, S. G. (1994). Post-traumatic stress disorder without the trauma. *British Journal of Clinical Psychology,* 33(1), 71-74.

Selye, H. (1984). *Thestressoflife.* New York: McGraw-Hill.

Siegel, D. J. (1996). Cognition, memory and dissociation. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America,* 5(2), 509-536.

Siegel, D. J. (1999). *The developing mind.* New York: Guilford.

Skinner, B. F. (1961). Teaching machines. *Scientific American,* 205(5), 90-107.

Squire, L. R. (1987). *Memory and brain,* New York: Oxford University Press.

Stevens, *J.* 0. (1971). *Awareness: Exploring, experimenting, experiencing.* Moab, UT: Real People.

Suarez, S. D., & Gallup, G. G. (1979). Tonic immobility as a response to rape in humans: *A* theoretical note. *Psychological Record,* 29, 315-320.

Tavris, C. (1998, June 21). A widening gulf splits lab and couch. *The New York Times.*

Terr, L. (1994). *Unchained memories.* New York: Basic.

van der Hart, 0., & Friedman, B. (1989). A reader's guide to Pierre Janet on dissociation: A neglected intellectual heritage. *Dissociation,* 2(1), 3-16.

van · der Hart, 0., & Nijenhuis, E. R. S. (1999). Bearing witness to uncorroborated trauma: The clinician's development of reflective belief. *Professional Psychology: Research and Practice,* 30(1), 37-44.

van der Hart, 0. & Steele, K. (1997). Relieving or reliving childhood trauma? A commentary on Miltenburg and Singer. *Theory and Psychology,* 9(4), 533-540.

van der Kolk, B. A. (1987). *Psychological trauma.* Washington, DC: American Psychiatric.

van der Kolk, B. A. (1994). The body keeps the score. *Harvard Review of Psychiatry, 1,* 253-265.

van der Kolk, B. A. (1998, November). *Neurobiology, attachment and trauma.* Presentation at the annual meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, Washington, D.C.

van der Kolk, B. A., Brown, P., & van der Hart, 0. (1989). Pierre Janet on post-traumatic *stress.JournalofTraumatic Stress,* 2(4), 365-377.

van der Kolk, B. A., McFarlane, A. C., & Weisaeth, L. (1996). (Eds.). *Traumatic stress.* New York: Guilford.

Wahlberg, L., van der Kolk, B. A., Brett, E., & Marmar, C. R. (1996, November). *PTSD: Anxiety disorder or dissociative disorder?* Symposium conducted at the annual meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, San Francisco.

Williams, L. M. (1995). Recovered memories of abuse in women with documented child sexual victimization histories. *Journal of Traumatic Stress,* 8(4), 649-6 73.

Wolpe, *J.* (1969). *The practice of behavior therapy.* New York: Pergamon.

Yehuda, R., Southwick, S. M., Nussbaum, G., Wahby, V., Giller, E. L. Jr., & Mason, J. W (1990). Low urinary cortisol excretion in patients with posttraumatic stress disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease, 178,* 366-369.

Yehuda R., Kahana, B., Binder-Brynes, K., Southwick, S., Zemelman, S., Mason, J. W, & Giller, E. L., (1995). Low urinary cortisol excretion in Holocaust survivors with posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry, 152,* 982-986.

Yehuda, R., Teicher, M. H., Levengood, R., Trestman, R., & Siever, L.]. (1996). Cortisol regulation in posttraumatic stress disorder and major depression: A chronobiological analysis. *Biological Psychiatry, 40,* 79-88.

INDEX

A

abreacţie 106

accelerare 37, 125, 127, 215

actualizare dependentă de stare 67-69, 80, 82, 83, 94-95, 269

afect 78, 97, 99, 100, 113-115, 133, 270

alcool 67, 68

ameninţare reamintită 35, 268

amigdală 33-34, 46-47

amintire 17, 35, 39, 44, 47, 55-57, 59-61, 64, 68, 75, 78, 80, 81, 83, 95, 102, 106, 110, 113-115, 117-118, 124-125, 128, 130-132, 136-137, 141, 145, 147-148, 153, 163-165, 168-169, 171, 174, 177-180, 183, 191-193, 215-218, 219-221, 225, 227, 230, 235, 236, 242, 244, 267

amintire falsă 17, 267

ancoră 144, 146-147

Andrews B. 219

anxietate 63, 66, 84-85, 103, 114, 124, 140, 143, 147-148, 160, 162, 168-169, 175-177, 190, 192, 193, 197-202, 209, 211, 213, 217, 222-225, 228, 244, 270

anxietate de performanţă 162

armonizare 133-135

ataşament 15, 42, 49-54, 130, 132, 133

atenuare a terminării şedinţei 215

axa hipotalamo-hipofizo-corticosuprarenaliană (HHC) 31

B

Bandler R. 144

bebeluş 41, 43, 46, 49-51, 53-54, 133, 197

Begley S. 247

Bodynamic Institute Training Program 11, 148, 199-200, 202, 247, 249

Brown P. 111

C

caz 168, 180, 228, 242

Charlie și câinele 23-24, 164, 242, 267

comportament 16, 44, 55, 61, 64-67, 71, 77, 88, 91-95, 102, 105, 113-117, 130, 135, 145, 150, 160, 214-215, 242-244

comunicare 43, 71, 167, 175, 202, 268

condiționare 61-67, 78, 84, 92-93, 268-269

condiționare clasică 61-64, 78, 84, 268

condiționare operantă 61, 64-67, 93, 269

conștiență corporală 157, 163

conștiență duală 131, 189, 191, 192, 193, 194, 195

conștientizare 40, 77, 81, 101, 106, 124, 148, 155-168, 171, 174-178, 188, 191-192, 198, 199, 202, 214, 242, 244

coping 124, 129, 140, 153

corp 1-2, 13-15, 17, 25, 71, 80, 83, 88, 155, 159, 244, 269

cortexul cerebral 40, 46, 48

cortizol 31-34, 48, 84, 103

credință reflexivă 220

culoarea pielii 169-170

D

declanșator traumatic 62-63, 69

decompensare 124, 126, 162, 164, 168, 220

direcție greșită 219-220, 222, 224

disociere 109, 114

distanță terapeutică 204

E

emoție 72, 96, 98, 102, 157, 270

epinefrină 31, 33-34

eveniment traumatic 18, 23, 25-27, 29, 35-39, 40, 51, 52, 58-63, 66, 80-82, 84, 85, 89, 102, 109-112, 117, 127, 146, 172, 184, 208, 217, 226-228, 231, 244, 245

excitare 26, 30, 46, 61, 68, 83, 85-89, 107, 125, 129, 133, 147, 166, 167, 169-174, 183, 216, 222, 235, 243

exercițiu aerob 82

exteroceptiv 74, 81, 83, 269

F

flashback 9, 28, 36, 58, 81, 85, 103, 109-110, 112, 114-120, 123, 161-162, 164, 170, 191, 193-197, 228, 243, 270

frână 125-127, 131, 145, 153, 169-172, 174, 180, 184, 189, 215-216

frică 25, 33, 50, 62-64, 78, 82, 87, 97-99, 102-105, 114, 130, 137, 157, 163, 174, 178-179, 191, 194-196, 209, 213, 222, 233, 235, 236, 238-241

furie 97-98, 234

G

glande suprarenale 33-34

Grace M. 116

graniță 203-204, 208, 212

groază 35, 37, 87, 134 193

H

hiperexcitare 170, 172

hipocamp 47

hipofiză 31, 33-34

hipotalamus 31, 33-34, 46, 83, 84

hormon adrenocorticotropic (ACTH) 31

hormon de eliberare a corticotoprinei (CRH) 31

I

iertare de sine 35

imobilitate 87, 169

informație 13, 14, 23, 24, 37, 40, 42-44, 46, 55, 57, 58, 59, 61-62, 67, 71-76, 80, 81, 91, 117-119, 129, 151, 167-168, 171, 190, 222

integrare 115, 193

intervenții somatice 26

istorie personală 46, 69, 110, 205, 217, 244

Î

încheierea ședinței 216

încordare 89, 197, 199, 201, 203

încredere 134

J

Jacobsen R. 198

L

Levine P. 87, 130, 178, 243

limbaj 14, 16, 58, 244

loc sigur 147-148, 169

luptă, fugă și imobilizare 83, 96

M

marker somatic 78-79, 100, 101, 130, 163

mecanism de apărare 137, 140, 153

mediu nesigur 137

memorie 9, 17-18, 26, 35, 39, 40, 44-46, 48, 54-64, 66, 67, 69, 71-73, 76-77, 80, 89, 91, 94, 96, 97, 110, 113, 114, 117-118, 130, 147, 156, 157, 178, 219, 231, 241, 244

memorie cognitivă 17, 44

memorie declarativă 58

memorie explicită 58-60, 71, 114, 118, 268

memorie implicită 57, 59-62, 66, 71, 76-77, 80, 91, 114, 117, 130, 244, 268

memorie somatică 9, 17, 26, 44, 71, 72, 80, 96, 156, 178, 244

memorie kinestezică 89, 269

mișcare 31, 51, 68, 76, 79, 80, 83-85, 89-93, 95, 96, 102, 113, 125, 130, 139, 140, 156, 157, 179, 180, 183, 189, 196, 200, 202, 203, 206, 211, 233, 238, 241, 243, 244

mișcăre intenţională 243

modelare a comportamentului 64-65

model terapeutic 153

model al disocierii 112

monitorizare 166, 169, 173-174

mușchi 30, 31, 44, 46, 72, 74-75, 81, 83, 85, 89-92, 96, 102, 157, 186, 192, 196-197, 199, 200-203, 212

N

Nadel L. 35-36, 47, 118

nearmonizare transferenţială 136

nerv kinestezic 76, 235

nerv proprioceptiv 68, 91

O

oază 144

obiective ale psihoterapiei traumei 81, 217

P

Penfield W. 56

percepţie 33-34, 190

pericol 191

Perls F. 156

predicţie preconcepută 223

Priebe S. 32

programare neurolingvistică 144

proprioceptiv 68, 76, 91, 96

pseudoefedrină 222

psihoterapeut 8-9, 11, 14-15, 17, 26, 123, 125, 128, 130, 138, 146, 149, 152, 153, 195, 215, 220-221

psihoterapie 8-16, 23, 27, 53, 54, 62, 81, 95, 104-106, 113, 119, 123-129, 135, 138, 145, 147, 149, 150, 152, 156, 161-162, 168, 170, 175, 180, 189, 194, 200, 204, 205, 207, 213, 215-224, 228, 231-232

R

reacţie condiţionată 61-62, 64

reactualizare 55, 59, 68, 94, 96, 113, 118, 269

reamintire 35, 55, 67, 94, 95, 178

rearmonizare 133-136

recuperare a amintirilor 220

relaţie terapeutică 130, 132, 134, 136

relaxare 30, 46, 78, 85-86, 89-90, 101, 157, 159, 196-199, 202

reper 163, 166, 174

responsabilitate 42, 135, 185, 187, 188, 230

resurse fizice 88, 125, 139, 140, 142

retraumatizare 191, 234

rezilienţă 129

rușine 78, 88, 97-99, 104-105, 124, 160, 212, 222, 229-231

S

scală de la excitare până la hiperexcitare 169

Schacter D. 250

Schore S. 15, 49-51, 128, 130, 133

semnal 30-34, 37, 38, 43, 62, 74, 76, 93, 101, 118, 119, 157, 159

senzaţie 7, 23, 36-44, 47, 50, 52, 55, 59, 61, 68, 71-74, 77-81, 91, 96-97, 101, 102, 110-115, 119, 125, 137, 142, 150, 155-159, 161-166, 170-178, 182-184, 188-190, 194, 196, 199, 200, 203-209, 211, 212, 215, 231-239, 244

Siegel D. J. 15, 52

siguranţă 9, 23, 38, 60, 85, 93, 102, 125-126, 131, 136, 137, 139-140, 148, 149, 152, 162, 172, 173, 178, 179, 208, 209, 215, 228, 229, 233, 238

simptom 14, 18, 23, 26-30, 34, 36, 37, 53, 66, 69, 81, 84, 85, 109-110, 114, 117, 120, 124, 126, 129-130, 160, 205, 217, 220-225

simptomatologie 27, 267

simţ intern 75, 77-78

simţ kinestezic 75-77, 90, 160

simţ vestibular 72, 75, 79-80, 269

sinapsă 43-45, 71-72

sine care experimentează 191-192, 194

sistem limbic 30-35, 46, 48-49, 51, 83-84, 86

sistem nervos autonom (SNA) 26, 28, 30, 83, 89, 107, 125, 166, 199

sistem nervos senzorial 157

sistem nervos parasimpatic (SNP) 169

sistem nervos simpatic (SNS) 170

socializare 51, 105, 197

Societatea Internaţională pentru Studiul Stresului Posttraumatic 17, 36

somatic 8, 9, 14-18, 26-29, 69, 71, 72, 78-80, 89-92, 94, 96-101, 116-117, 120, 130, 147, 149 155-156, 163, 174, 177, 178, 189, 207, 216, 217, 223, 224, 231, 241, 242, 244, 250-251

somato-psihoterapie 15-16, 231, 267

stabilirea ritmului terapiei 166

stare modificată 87-88, 160

stimul condiţionat 64

stimul 28, 38, 49, 50, 51, 61-62, 74-75, 78, 155, 175, 190-191, 242

stimul intern 190

stocare 59

stres traumatic 27, 29, 44, 46, 86, 114, 267

stres 29, 129

studiu de eficienţă 218

suferinţă 7, 10, 37, 170, 174, 222, 230

supravieţuitori ai Holocaustului 128

T

talamus 47, 48, 72, 249

teorie 8, 11, 13-18, 21, 24, 26, 53, 56, 61, 64, 67, 68, 78, 79, 88, 94, 100, 111, 118, 119, 123, 149-153, 163, 180, 242

teorie a afectelor 100

terapeut 9, 15-17, 129-134, 136, 138, 143, 146, 148-149, 152-153, 156, 163, 166-168, 171, 173-174, 180, 194-195, 204-205, 207-208, 210, 212-213, 215, 216, 218-221, 223, 224

terapia traumei 123

teroare 37, 103, 179

Terr L. 127

tipare sinaptice 93

transfer 213

Trestman R. 32

trunchi cerebral 30, 40, 46

tulburare de identitate disociativă 36, 110

tulburare somatică 29

tulburare de stres posttraumatic (TSPT) 13-16, 18, 23, 26-32, 34-42, 48, 52-54, 59, 61-62, 69, 71, 81-82, 84-85, 87-89, 103-106, 109-112, 114, 124, 126, 129, 132, 139, 143, 148, 152-153, 155-156, 162, 164, 189-190, 193, 197-199, 203, 208, 211, 231, 244

tulburăre de somn 29, 84, 199

U

uitare 45

V

van der Hart O. 110-111

Vigilante D. 15

vină 71, 135, 230-231

vindecare a traumei 191, 218, 231, 239

viol 28, 62-63, 82, 87-88, 95, 104, 132, 137, 139, 211, 221, 228-231

W

Weisaeth L. 128, 191, 248

Y

Yehuda R. 31

yoga 156

Z

Zola-Morgan S. 46-47, 250

DESPRE AUTOR

Babette Rothschild, MSW, LCSW, practică psihoterapia din 1976. Este membru al Societății Internaționale de Studiu al Stresului Traumatic, al Asociației Specialiștilor în Stres Traumatic și al Asociației Americane de Psihoterapie Somatică. Autoare a mai multor articole și cărți, oferă în continuare consultații private în cabinetul său din Los Angeles și organizează în lume ateliere de formare în psihoterapia traumei.

Alte titluri:

The Body Remembers Casebook: Unifying Methods and Models in the Treatment of Trauma and PTSD (Norton, 2003)

Help for the Helper: The Psychophysiology of Compassion Fatigue and Vicarious Trauma (Norton, 2006)

8 Keys to Safe Trauma Recovery: Take-Charge Strategies to Empower Your Healing (Norton, 2010)

Trauma Essentials: The Go-To Guide (Norton, 2011)

Această carte are o valoare inestimabilă atât pentru clinicieni, cât și pentru clienții lor, pentru a înțelege psihofiziologia traumei și a ști ce să facă legat de manifestările ei. Ea face lumină asupra fiziologiei, atrăgând atenția asupra impactului traumei asupra corpului și a fenomenului de memorie somatică.

Se crede acum că persoanele care au fost traumatizate păstrează o memorie implicită a evenimentului traumatic în creierul și corpul lor. Această memorie se exprimă adesea în simptomatologia tulburării de stres posttraumatic – coșmaruri, flashback-uri, tresăriri și comportamente disociative. În esență, corpul individului traumatizat refuză să fie ignorat.

În timp ce reduce distanța dintre teoria științifică și practica clinică și creează punți între psihoterapia verbală și cea somatică, Rothschild prezintă principii și tehnici non-contact pentru a oferi corpului ceea ce i se cuvine. Atentă la relevanța lor pentru clinicieni, ea consolidează cunoștințele actuale despre psihobiologia răspunsului la stres atât în situațiile normale dificile, cât și în situațiile de traumă extremă și prelungită. Aceasta oferă clinicienilor din toate domeniile o bază pentru a specula asupra originii simptomelor clienților lor și a încorpora în practica lor interesul pentru corp. Tehnicile somatice sunt alese având în vedere scopul de a face terapia traumei mai sigură, în timp ce crește integrarea minte-corp.

Incorporând numeroase studii de caz, Corpul își amintește integrează corpul și mintea în tratamentul tulburării de stres posttraumatic. Cartea va crea interes în rândul clinicienilor, cercetătorilor, studenților și al cititorilor în general.

*

„Babette Rothchild a îndrăznit să explice trauma psihică, folosind experiența sa cu persoanele traumatizate, să creioneze caracteristicile și desfășurarea procesului traumatic, să avanseze explicații pentru exprimarea durerii psihice. Rezultatul este foarte bun, util tuturor celor dornici să se împrietenească cu trăirile și senzațiile corporale proprii, chiar și cu cele dificile.

Avem în mână o carte scrisă simplu, clar, structurat despre experiențe umane complexe, confuze, pline de incertitudine și emoționalitate bulversantă".

Diana Lucia Vasile, Conf. Univ. Dr., psihoterapeut,
președinte al Institutului pentru Studiul și Tratamentul Traumei (ISTT)

*

„În timp ce științele ce abordează sănătatea mentală continuă să facă descoperiri importante în psihofiziologia traumei psihologice, există foarte puține lucrări care să discute despre implicațiile acestor descoperiri pentru tratamentul supraviețuitorilor traumei. În Corpul își amintește, Babette Rothschild reușește în mod minunat să creeze această punte. Nu numai că oferă o perspectivă clară asupra acestui subiect important, dar prezintă și o integrare foarte practică a fiziologiei traumei și a modurilor în care clinicienii pot ajuta supraviețuitorii traumei să elimine efectele experienței copleșitoare asupra minții și corpului. Autoarea prezintă multe vignete scurte și clare și demonstrează în mod evident plus-valoarea intervențiilor terapeutice la nivel senzoriomotor".

Onno van der Hart, PH. D., profesor al Departamentului
de Psihologie Clinică, Universitatea Utrecht, Olanda

*

„Cartea își atinge scopul principal: de a construi o punte între practica tradițională a terapiei verbale a traumei și terapiile orientate asupra somaticului. Arată modul în care corpul este o resursă în tratamentul tulburării de stres posttraumatic (TSPT) și face o treabă excepțională din combinarea teoriei despre cum mintea și corpul procesează, înregistrează și rememorează evenimentele traumatice (într-o formă ușor de înțeles) cu strategiile practice de a ajuta atât corpul, cât și mintea.

Așa cum remarcă Rothschild, TSPT este ‚o tulburare a memoriei ce nu mai funcționează cum trebuie', care trebuie tratată fenomenologic într-un cadru bine definit, ancorat, sigur

în plan intern și extern pentru a unifica memoria implicită și cea explicită. Această carte este absolut necesară în biblioteca profesionistului!"

Mary Beth Williams, Ph. D., LCSW, CTS,
ex-președinte al Asociației Specialiștilor în Stres Traumatic

CUPRINS

PREFAȚĂ 7

MULȚUMIRI 11

INTRODUCERE 13

DESPRE CONSTRUIREA DE PUNȚI 13

ȘTIINȚĂ VERSUS PRACTICĂ 14

PSIHOTERAPIE VERSUS SOMATO-PSIHOTERAPIE 15

LUCRUL CU CORPUL NU NECESITĂ ATINGERE 16

CONTROVERSA AMINTIRILOR FALSE 17

ORGANIZAREA ACESTEI CĂRȚI 17

O PRECIZARE 18

PARTEA I
Teorie

CAPITOLUL I
Prezentare generală a tulburării de stres posttraumatic (TSPT)
Impactul traumei asupra corpului și minții 23

CHARLIE ȘI CÂINELE. PARTEA I 24

SIMPTOMATOLOGIA TSPT 27

DIFERENȚA DINTRE STRES, STRES TRAUMATIC, STRES POSTTRAUMATIC ȘI TSPT 29

SUPRAVIEȚUIREA ȘI SISTEMUL NERVOS 30

REACȚIA DEFENSIVĂ FAȚĂ DE AMENINȚAREA REAMINTITĂ 35

DISOCIERE, IMOBILITATE ȘI TSPT 36

CONSECINȚE ALE TRAUMEI ȘI ALE TSPT 37

CAPITOLUL II
Dezvoltarea, memoria și creierul 39

CREIERUL ÎN DEZVOLTARE 40
CE ESTE MEMORIA 54

CAPITOLUL III
Corpul își amintește. Înțelegerea memoriei somatice 71

BAZELE SENZORIALE ALE MEMORIEI 72
CHARLIE ȘI CÂINELE, PARTEA A II-A 82
SISTEMUL NERVOS AUTONOM: HIPEREXCITAREA ȘI REFLEXELE DE LUPTĂ, FUGĂ ȘI IMOBILIZARE 83
SISTEMUL NERVOS SOMATIC: MUȘCHI, MIȘCARE ȘI MEMORIE KINESTEZICĂ 89
EMOȚIILE ȘI CORPUL 96

CAPITOLUL IV
Expresii ale traumei neamintite încă.
Disocieri și flashback-uri 109

DISOCIEREA ȘI CORPUL 110
FLASHBACK-URI 116

PARTEA A II-A
Practică

CAPITOLUL V
Înainte de toate, să nu faci rău 123

DESPRE FRÂNARE ȘI ACCELERARE 125
EVALUARE ȘI APRECIERE 127
ROLUL RELAȚIEI TERAPEUTICE ÎN PSIHOTERAPIA TRAUMEI 129
SIGURANȚA 136
DEZVOLTAREA RESURSELOR ȘI REFAMILIARIZAREA CU ELE 139
OAZE, ANCORE ȘI LOCUL SIGUR 144
IMPORTANȚA TEORIEI 149
RESPECTAREA DIFERENȚELOR INDIVIDUALE 152
ZECE FUNDAMENTE PENTRU O PSIHOTERAPIE A TRAUMEI SIGURĂ 152

CAPITOLUL VI
Corpul ca resursă 155

CONȘTIENȚA CORPORALĂ 155
ÎMPRIETENIREA CU SENZAȚIILE 162
CORPUL CA ANCORĂ 164
CORPUL DREPT REPER 166
CORPUL CA O FRÂNĂ 174
CORPUL CA UN JURNAL: ÎNȚELEGEREA SENZAȚIILOR 175
MEMORIA SOMATICĂ CA O RESURSĂ 178
FACILITAREA PSIHOTERAPIEI TRAUMEI UTILIZÂND CORPUL CA O RESURSĂ 180

CAPITOLUL VII
Tehnici somatice suplimentare pentru o psihoterapie a traumei mai sigură 189

CONȘTIENȚA DUALĂ 189
TONUSUL MUSCULAR: ÎNCORDARE VERSUS RELAXARE 196
GRANIȚELE FIZICE 203
PROBLEMA ATINGERILOR DINTRE CLIENT ȘI TERAPEUT 213
ATENUAREA TERMINĂRII ȘEDINȚEI 215

CAPITOLUL VIII
Amintirea somatică devine istorie personală 217

ATENŢIE LA DIRECŢIA GREŞITĂ 219
SEPARAREA TRECUTULUI DE PREZENT 224
ABORDAREA ÎN PRIMUL RÂND A CONSECINŢELOR TRAUMEI 226
CONECTAREA CONŢINUTULUI IMPLICIT CU CEL EXPLICIT 231
CHARLIE ŞI CÂINELE, ULTIMUL EPISOD 242

BIBLIOGRAFIE 247
INDEX 256
DESPRE AUTOR 263

EDITURA HERALD

OP.10 - CP.33 Sect. II Bucureşti
Tel: 021.319.40.60, 021.319.40.61
Fax: 021.319.40.59, 021.319.40.60
Mob: 0744.888.388, 0745.050.020
website: www.edituraherald.ro
e-mail: office@edituraherald.ro